

保護者様

大阪府立池田高等学校長

証明書作成について(依頼)

出席停止疾患につきまして、医療機関を受診のうえ、下記用紙にて報告くださいますようお願いいたします。

主治医様

ご多忙の折、恐縮に存じますが、御高診いただいております生徒の疾病について、下欄の証明書をご記入のうえ、本人にお渡しくださいますようお願い申し上げます。

証明書

大阪府立池田高等学校 年 組 番

氏名 _____

第 1 種 (病名)

第 2 種

- インフルエンザ (発症した後5日を経過し、かつ、解熱後2日経過)
*鳥インフルエンザ (H5N1) は除く
- 麻 し ん (解熱後3日経過)
- 風 し ん (発しん消失)
- 水 痘 (すべての発しん痂皮化)
- 流行性耳下腺炎 (耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで)
- 咽頭結膜熱 (主要症状消退後2日経過)
- 百 日 咳 (特有の咳消失または5日間の抗菌性物質製剤による治療終了まで)
- 結核 (感染のおそれなし)
- 髄膜炎菌性髄膜炎 (感染のおそれなし)

第 3 種 (病名)

上記疾患に罹患したため、
平成 年 月 日 () から平成 年 月 日 ()
までの療養を指示しました。

学校への連絡事項(運動制限等):

平成 年 月 日

医療機関名:

診察医師:

