

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、ご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
名前

第1種 (病名)
第2種 <input type="checkbox"/> 麻疹 (解熱後3日経過) <input type="checkbox"/> 風疹 (発疹消失) <input type="checkbox"/> 水痘 (すべての発疹痂皮化) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (主要症状消退後2日経過) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 結核 (感染のおそれなし) <input type="checkbox"/> 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、 令和 年 月 日 () から令和 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):

令和 年 月 日

医療機関名:

診察医師:

