

平成 年 月 日

主治医様

熊本県立河浦高等学校長 木庭 敬勝

### 受診証明書依頼について

生徒の疾病の治療には、大変お世話になっております。

つきましては、下記の生徒のご診察の結果をご記入いただき、生徒にお渡し下さるようお願いいたします。

## 受診証明書

生徒氏名

\* 学校において予防すべき感染症の種類

第1種 エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 ジフテリア 重症急性呼吸器症候群 鳥インフルエンザ
第2種 インフルエンザ 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎
第3種 コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症

・ 枠内の疾患に該当する場合は、それに○をお願いします。

その他の感染のおそれがある疾患

疾患名 ( )

\* 本生徒は上記の疾患で平成 年 月 日～平成 年 月 日の  
約 ( ) 日間、自宅で安静を要します。

その他参考となる事項

以上の通り相違ありません。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

ご協力ありがとうございました。