

# 治 療 証 明 書

千葉県立松戸六実高等学校

年 組 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

上記の者、下記の疾患で加療中のところ、他への感染の恐れがなく、登校に支障がないことを証明します。

## 記

### 1 疾患名（疑い含む）

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・急性出血性結膜炎・流行性角結膜炎

感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）・溶連菌感染症・マイコプラズマ肺炎

その他の伝染病（ ）

### 2 登校停止期間（ 月 日から 月 日まで）

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ ⑩

|        |        |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| ※担任記入欄 | 出席停止期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
|--------|--------|---|---|---|---|---|---|---|