＜様式 ５＞

年　　月　　日

担 当 医 師　様

学 校 名　　八尾市立高安小中学校

証明依頼について（お願い）

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より学校保健に関し格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本児童(生徒)については、学校保健安全法に基づく学校感染症により感染している旨の連絡がありました。

つきましては、登校許可の確認のため、ご診察いただいた結果を下記証明書にて作成していただき、保護者にお渡しいただきますようよろしくお願いいたします。

なお、文書作成料についてはご配慮のほどお願いします。

証　明　書

年　　月　　日

学 校 長　様

医師　　㊞

患者氏名　　年　　組

◎　上記の者は下記の病名により加療中のところ、診断の結果　　月　　日より登校してもよいと認めます。

百日咳 ・ 麻しん ・ 流行性耳下腺炎 ・ 風しん ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱 ・ 結核 ・
髄膜炎菌性髄膜炎・ 溶連菌感染症 ・手足口病 ・伝染性紅斑 ・ヘルパンギーナ・
マイコプラズマ感染症・感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）・ＲＳウィルス感染症・
突発性発しん・伝染性膿かしん ・その他の感染症（　　）

（プール入泳許可　　月　　日）