

担当医 様

京都府立城陽高等学校

## 学校感染症罹患証明書

学校保健安全法第 19 条により出席停止の措置をとるため、診断内容をご記入いただきますようお願いいたします。

生徒氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番)

感染症名 (該当欄に✓をつけてください)

インフルエンザ                      百日咳                      麻疹  
流行性耳下腺炎                      風疹                      水痘  
咽頭結膜炎                      その他【 \_\_\_\_\_ 】

罹患期間 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名・医師名 \_\_\_\_\_ 印

問い合わせ先：京都府立城陽高等学校 保健部 0774-52-6811

保護者 様

医療機関での証明を参考に、下記をご記入いただきますようお願いいたします。

欠席した期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日) ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日)

保護者署名 \_\_\_\_\_

※この用紙を治癒後の登校日朝、保健室に提出してから教室に入って下さい。