

校 長		教 頭		教 務 課 長		担 任	
--------	--	--------	--	------------------	--	--------	--

学校感染症について(届出)

平成 年 月 日

徳島県立脇町高等学校長 殿

年 組 番 生徒氏名

保護者氏名 印

このことについて、下記のとおり診断されましたので疾病証明書を添えてお届けいたします。

1. 病 名

2. 期 間 月 日 ~ 月 日まで (日間)

3. 診断病院名または医師名

学校において予防すべき感染症	
第一種	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及び鳥インフルエンザ(H5N1に限る)
第二種	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
第三種	腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、コレラ 細菌性赤痢、腸チフス及びパラチフス、その他の感染症

※疾病証明書に医師からの証明をもらい、この用紙と併せて2枚を担当まで提出してください

(担任保管)

主治医の先生へお願い

下記の生徒の疾病証明をお願いします

疾 病 証 明 書

徳島県立脇町高等学校長 殿

生徒氏名 _____ 年 組 番 氏 名 _____

上記の生徒は、 _____ に

罹患したことを証明します。

治療期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

診療日 _____ 平成 _____ 年 月 日

病院名 _____

医師名 _____ 印