

# 治 癒 ( 罹 患 ) 証 明 書

生徒氏名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_

上記の者に対し、下記のとおり罹患したことを証明いたします。

※ ○印はかかった病気です。

- |                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. インフルエンザ          | 10. 流行性角結膜炎                   |
| 2. 百日咳              | 11. 流行性出血性結膜炎                 |
| 3. 麻疹 (はしか)         | 12. 伝染性紅斑                     |
| 4. 風疹               | 13. 溶連菌感染症                    |
| 5. 水痘               | 14. 手足口病                      |
| 6. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 15. マイコプラズマ肺炎                 |
| 7. 急性灰白髄炎           | 16. 流行性嘔吐下痢症 (ノロウイルスによる胃腸炎など) |
| 8. ウイルス性肝炎          | 17. 新型コロナウイルス                 |
| 9. 咽頭結膜熱 (プール熱)     | 18. その他 ( _____ )             |

出席停止期間

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

西武台新座中学校  
西武台高等学校校長様

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名 \_\_\_\_\_

~~~~~  
※この証明書は出席停止の病名と期間を把握するためのものですので、  
医師の了解を得て、診断をもとに保護者の方が記入されても結構です。  
その場合、受診された医療機関名 (住所・電話番号含む) を必ず記入してください。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印