教頭	教務課	担任

石川県立金沢泉丘高等学校長　様

学校感染症罹患証明書

クラス＿＿＿＿＿＿　生徒番号＿＿＿＿＿＿＿＿　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象となる試験（○をつけてください）			期　　間
前期	定期試験１	定期試験２	令和　　年　　月　　日　～　　月　　日
後期	追再試験(1)	追再試験(2)	

受験予定科目						

・医療機関の方へ…下表の該当する疾患名を○で囲み、太枠内への記入をお願いいたします。

・保護者の方へ…第二種のインフルエンザと新型コロナウイルス感染症のみ、生徒氏名と受診日・疾患名がわかるもの（お薬説明書や領収書等の写し）を裏面に貼付すれば、医療機関の記載がなくてもかまいません。この場合、保護者が表内の「インフルエンザ」か「新型コロナウイルス感染症」を○で囲み、太枠内を記入してください。

学校において予防すべき感染症

第１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（SARS コロナウイルス）　中東呼吸器症候群（MERS コロナウイルス） 特定鳥インフルエンザ（H5N1）　その他指定感染症（　　）
第２種	インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）　新型コロナウイルス感染症　百日咳 麻しん　流行性耳下腺炎　風しん　水痘　咽頭結膜熱　結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
第３種	コレラ　細菌性赤痢　腸管出血性大腸菌感染症　腸チフス　パラチフス 流行性角結膜炎　急性出血性結膜炎

疾患名　（上表の該当する疾患に○をつけてください）

上記の疾病により、令和　　年　　月　　日より＿＿日間の休養を

（　要する　・　要した　）ことを証明する。

令和　　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞