

罹患証明書

中学校
立命館 _____ 年 組 番
高等学校
氏名 _____

1. 該当疾患に○印をつけて下さい。

＜学校において予防すべき感染症＞

| | | | | |
|-----|--|---------------------|--|-----------------|
| 第1種 | | エボラ出血熱 | | ラッサ熱 |
| | | クリミア・コンゴ出血熱 | | ジフテリア |
| | | ペスト | | 急性灰白髄炎（ポリオ） |
| | | マールブルク病 | | 南米出血熱 |
| | | SARS（重症急性呼吸器症候群） | | 鳥インフルエンザ（H5N1型） |
| | | 新型コロナウイルス（COVID-19） | | |
| 第2種 | | インフルエンザ（ ）型 | | 風疹 |
| | | 百日咳 | | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |
| | | 麻疹 | | 水痘 |
| | | 咽頭結膜熱 | | 結核 |
| | | 髄膜炎菌性髄膜炎 | | |
| 第3種 | | コレラ | | 流行性角結膜炎 |
| | | 細菌性赤痢 | | 腸管出血性大腸菌感染症 |
| | | 腸チフス | | 急性出血性結膜炎 |
| | | パラチフス | | |

2. 罹患期間

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|

年 月 日

医療機関名

医師名

