

診断書（学校伝染病用）  
Medical Certificate  
(for contagious illnesses)

幼児・児童・生徒氏名

Name of child/student \_\_\_\_\_

生年月日

Date of birth \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名

Name of illness

インフルエンザ Influenza 百日咳 Whooping cough  
麻疹 Measles 流行性耳下腺炎 Mumps 風疹 German measles  
水痘 Chicken pox  
咽頭結膜熱 Pharyngo-conjunctival fever (pool fever)  
結核 Tuberculosis  
腸管出血性大腸菌感染症 Epidemic enterohemorrhagic E. coli (EHEC)  
流行性角結膜炎 Epidemic keratoconjunctivitis  
急性出血性結膜炎 Acute hemorrhagic conjunctivitis  
その他 Other ( \_\_\_\_\_ )

発病

Date of onset \_\_\_\_\_ 年 (Year) \_\_\_\_\_ 月 (Month) \_\_\_\_\_ 日 (Date)

現在の状況

Present condition

1. 治癒しました。 Complete recovery
2. 完治していませんが、その伝染病の予防上支障がないので

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登校（園）することは差し支えありません。

Recovery is not complete but there is no further danger of contagion and child/student may return to school/kindergarten as of:

Date: \_\_\_\_\_ 年 (Year) \_\_\_\_\_ 月 (Month) \_\_\_\_\_ 日 (Date)

\_\_\_\_\_ 年 (Year) \_\_\_\_\_ 月 (Month) \_\_\_\_\_ 日 (Date)

医療機関名

Name of medical facility

医師名 doctor

\_\_\_\_\_ 印 (Seal)

