# 受　診　証　明　書

年　　組　名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この児童生徒等は下記のとおり、受診したことを証明します。

記

1　受診日　平成　　年　　月　　日

2　診療所名
（　）津市休日応急・夜間こども応急クリニック
（　）津市久居休日応急診療所

3　診断名（学校において予防すべき感染症）

| | | | |
|---|---|---|---|
| ・インフルエンザ | ・水痘 | ・流行性耳下腺炎 | ・麻しん |
| ・風しん | ・咽頭結膜熱 | ・流行性結膜炎 | ・百日咳 |
| ・その他の感染症（　　） | | | |

※ 該当する疾患に〇をつけてください。

津市立　　学校長　様
幼稚園長　様

平成　　年　　月　　日

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印