

主治医様

大阪府立花園高等学校長

意見書作成について（依頼）

ご多忙の折 恐縮に存じますが、ご高診いただいております生徒の疾病について、下欄の意見書をご記入のうえ、本人にお渡しくさせていただきますようお願い申し上げます。

意見書

年 組 番 名前

学校感染症

第 1 種（感染症）	
第 2 種	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ（発症後 5 日を経過しかつ解熱後 2 日経過するまで）	
<input type="checkbox"/> 水 痘（すべての発疹が痂皮化するまで）	
<input type="checkbox"/> 麻疹（解熱後 3 日経過するまで）	
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後 5 日を経過し、かつ全身症状が良好になるまで）	
<input type="checkbox"/> 風しん（発しんが消失するまで）	
<input type="checkbox"/> 百日咳（特有の咳が消失するまで又は 5 日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで）	
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（主要症状が消退した後 2 日を経過するまで）	
<input type="checkbox"/> 結 核（病状により感染のおそれがないと認めるまで）	
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎（病状により感染のおそれがないと認めるまで）	
第 3 種	
<input type="checkbox"/> コレラ	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
出席 停止 期間	上記疾患に罹患したため 令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ） 療養を指示しました
学校への連絡事項等	

令和 年 月 日

医療機関名：

診察医師：

印