

提出日：令和  年  月  日

主治医 様

大阪府立長吉高等学校 学校長

## 依頼状

学校保健安全法第19条及び同施行規則第18条により、指定されている感染症に罹患した場合、もしくは罹患の疑いがある場合について、出席停止（欠席扱いとはしない）の措置をとることが定められています。

つきましては、お手数ですが、下記証明書の該当する項目に✓を入れていただき、必要事項をご記入の上、本校生徒にお渡しくださいますようお願いいたします。

## 学校感染症罹患（罹患疑いを含む）証明書

年  組  番 名前

第一種感染症  [感染症名  ]

### 第二種感染症

- |                                    |                                       |                                |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A型インフルエンザ | <input type="checkbox"/> B型インフルエンザ    | <input type="checkbox"/> 麻疹    |
| <input type="checkbox"/> 風疹        | <input type="checkbox"/> 水痘           | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎   | <input type="checkbox"/> 百日咳          | <input type="checkbox"/> 結核    |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎  | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 |                                |

### 第三種感染症

- |                                  |   |                                      |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎                         | <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> コレラ     | <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢                            | <input type="checkbox"/> 腸チフス        |
| <input type="checkbox"/> パラチフス   | <input type="checkbox"/> その他の感染症 [ <input type="text"/> ] |                                      |

上記感染症罹患の疑いで受診 [ 検査実施日： 月 日 ]

- [疑われた疾患名  ]  検査の結果陰性  臨床症状より除外

## 出席停止期間

令和  年  月  日 ~ 令和  年  月  日

裏面を参考に、日数をご記入ください。なお、第3種感染症「その他の感染症」に罹患した場合は、診断結果と校内での流行状況、本校学校医の意見を総合的に判断して、出席停止措置の必要性を検討させていただきます。

## 学校への指示事項

令和 年 月 日

医療機関名

主治医

印