

令和 年 月 日

主治医 様

大阪府立長吉高等学校

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 名前

第1種感染症 [感染症名]

第2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 | | |

第3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 [|] |

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 (日間)

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

上記の通り証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

主治医名

印