

令和 年 月 日

主治医様  
保証人様

大阪府立大阪北視覚支援学校長

### 出席停止報告書についてのお願い

学校保健安全法により、下表の疾患が出席停止の対象となっております。  
診断の結果、該当するようでしたら下記の報告書にご記入よろしくお願いたします。

生徒名 \_\_\_\_\_

#### 〔学校感染症〕

第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎（ポリオ）、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、鳥インフルエンザ（H5N1であるものに限る）
第二種	インフルエンザ（A型・B型）、百日咳、麻しん（はしか）、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、風しん、水痘（みずぼうそう）、咽頭結膜熱、新型コロナウイルス感染症、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
第三種	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎

疾患名に○印をお願いします。

出席停止期間 年 月 日から 年 月 日まで

担当医師名 \_\_\_\_\_

#### （医療機関へのお願い）

この出席停止報告書は、学校保健安全法の規定により、出席停止の理由および期間を明らかにするものです。ご配慮いただきますよう、よろしくお願いたします。