

学校感染症に係る登校に関する意見書

大阪府立高石高等学校

年 組 氏名

病 名 該当病名に○印をお付けください

- | | |
|----------------|---------------|
| 1、インフルエンザ | 2、百日咳 |
| 3、麻疹 | 4、流行性耳下腺炎 |
| 5、風疹 | 6、水痘 |
| 7、咽頭結膜熱 | 8、結核、髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 9、流行性角結膜炎 | 10、急性出血性結膜炎 |
| 11、腸管出血性大腸菌感染症 | |
| 12、その他の感染症（ ） | |

※第三種のその他の感染症（感染性胃腸炎・マイコプラズマ肺炎など）については、重大な流行が起こった場合、その感染拡大防止のために必要な場合に限り、出席停止の措置ができる。

療 養 期 間

上記疾病で 令和 年 月 日（ ）から
令和 年 月 日（ ）までの（ ）日間

療養中であったが、主要症状が消退し、感染のおそれなくなったので、登校に
さしつかえないものと認めます。

令和 年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 名 印

【学校内連絡】

受領日 令和 年 月 日

担任 → 教 頭 ・ 学年教務 ・ 保 健 室 （原本保管）