

学校感染症等に係る登校に関する意見書（登校停止届）

常翔啓光学園中学校・高等学校

中・高 年 組 名前

←太枠内を記入し、病院受診時に持参してください。

下記の疾患に罹患していたため、学校保健安全法施行規則に基づき療養を指示していましたが、感染の恐れがきわめて少なくなったので、登校が可能であると判断しました。

※新型コロナウイルス・インフルエンザに罹患した場合は、保護者の方が1.『病名』、2.『期間』、『保護者名』の記入をお願いいたします。

1. 病 名 *いずれかに○、もしくは記入してください。

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、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、鳥インフルエンザ および中東呼吸器症候群
第二種	新型コロナウイルス インフルエンザ（ 型） 百日咳 麻疹（はしか） 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 風疹 水痘（水ぼうそう） 咽頭結膜熱（プール熱） 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
その他の感染症	

2. 登校停止期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

3. 登校許可日： 年 月 日 から登校可とします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

保護者名

印

教頭印	教務部長 印	保健担当 主事印	養護教諭 印	担任印