学校感染症等に係る登校に関する意見書

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．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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞