

学校感染症に係る登校に関する意見書

上宮太子高等学校

____年 ____組 ____番 生徒名 _____ 男・女 _____

該当疾患を○で囲んでください。

第1種	エボラ出血熱 / クリミア・コンゴ出血熱 / 重症急性呼吸器症候群 / 痘そう / ペスト / 南米出血熱 / マールブルク病 / ラッサ熱 / 急性灰白髄炎 / ジフテリア / 鳥インフルエンザ
第2種	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(3日ばしか) / 水痘(みずぼうそう) / 咽頭結膜熱(プール熱) / 結核 / 髄膜炎菌性髄膜炎
第3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() 【溶連菌感染症 / ウイルス性肝炎 / 手足口病 / 伝染性紅斑(りんご病) / マイコプラズマ感染症 / ヘルパンギーナ / 帯状疱疹 / 流行性嘔吐下痢症 / 感染性胃腸炎 / 伝染性単核症 / ウイルス性咽頭炎 / 病原性大腸菌保菌 / アタマジラミ / 伝染性軟属腫(水いぼ) / 伝染性膿痂疹(とびひ) など】

上記の疾患で

____年 ____月 ____日から ____年 ____月 ____日までの ____日間

療養中であったが、主要症状が消退し、感染のおそれがないものと認める。

____年 ____月 ____日

医療機関名(住所・TEL)

医師名