

登校許可証

中・高 _____ 年 組 番 氏名

(_____ 年 月 日生)

病名 にチェックしてください

第一種感染症	第二種感染症	第三種感染症
<input type="checkbox"/> エボラ出血熱	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（H5N1 除く）	<input type="checkbox"/> コレラ
<input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢
<input type="checkbox"/> 痘瘡	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 南米出血熱	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 腸チフス
<input type="checkbox"/> ペスト	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> パラチフス
<input type="checkbox"/> マールブルグ病	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> ラッサ熱	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎	<input type="checkbox"/> 結核及び髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/> 手足口病
<input type="checkbox"/> ジフテリア	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎
<input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群及び 鳥インフルエンザ（H5N1）		<input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症（中学のみ）
		<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症（中学のみ）
		<input type="checkbox"/> (_____)

出席停止期間

_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

学校保健法の感染症予防法に基づき、予防上支障がないと認めたので、

_____ 年 月 日より登校を許可します。

_____ 年 月 日

病院印 ※病院名入りゴム印を押印してください

医師名

印