

学校感染症等に係る登校に関する意見書

年 組 番 氏名 (男・女)
生年月日 平成 年 月 日

- 第1種感染症 (エボラ出血熱 SARS ペスト など)
- 第2種感染症

<input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型)	<input type="checkbox"/> 麻疹
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 風疹
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎
<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
- 第3種感染症

<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/> 腸チフス
<input type="checkbox"/> 流行性結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/> コレラ	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢
<input type="checkbox"/> パラチフス	

※ 上記感染症により出席停止を要します。

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

- その他の感染症 (罹患したということだけで、出席停止になるものではありません。)
- A群溶結性連鎖球菌咽頭炎 (溶連菌感染症)
 - マイコプラズマ感染症・異型肺炎
 - 感染性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなどによる)
 - 急性細気管支炎 (主としてRSウイルス感染によると考えられるもの)
 - ()

医師の意見・特記事項

()

令和 年 月 日

医療機関名：

診察医師名：

印