

# 感染症登校許可書

学校長様

学校名 兵庫県立明石城西高等学校

学年 組 氏名 (男・女)

該当する病名に☑をいれてください。

**【病名】**

- |   |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ                  | <input type="checkbox"/> 百日咳         | <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)         | <input type="checkbox"/> 風疹          | <input type="checkbox"/> 水痘       |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱)             | <input type="checkbox"/> 結核          | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎  |
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26 等) |                                      | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎                 | <input type="checkbox"/> その他の感染症 ( ) |                                   |

上記の者は、 月 日から登校可能と判断します。

年 月 日

医院・病院名

または医師名

保護者様

- 1) 学年・組・氏名は保護者が記入します。
- 2) この許可書は、医師の診察の後に、発行することを原則とします。
- 3) 文書料が必要となる場合があります。

医療機関様

- 1) 病名は、医師によりチェック☑または、記入してください。
- 2) 医院・病院名または医師名を記入し、印は省略してください。

担任記入欄

出席停止期間

月

日

～

月

日