

感染症再登校届

年 月 日

兵庫県立明石城西高等学校長様

学年 組 番 生徒名

保護者名

下記のとおり療養し登校可能となりましたので、 月 日から登校させます。

記

1 感染症の種類

該当する病名に☑をいれてください。

【病名】

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| ☐ 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 | ☐ 咽頭結膜熱（プール熱） |
| ☐ 結核 | ☐ 流行性角結膜炎 | ☐ 急性出血性結膜炎 |
| ☐ 腸管出血性大腸菌感染症（0157、026 等） | ☐ 髄膜炎菌性髄膜炎 | |
| ☐ その他の感染症（ ） | | |

2 療 養 期 間 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）

3 受診医療機関

*保護者をご記入ください。

*裏面に薬剤情報用紙または薬袋の写しを添付してください。それがあれば、医師による証明は不要です。

担任記入欄

出席停止期間

月

日

～

月

日

薬剤情報用紙または薬袋（写し）添付欄