

# 感染症再登校届

年 月 日

県立明石城西高等学校長様

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】

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症            | <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ（A・B） |  |
| <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"/> 急性出血性結膜炎        |
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26 等） | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎        |  |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎                  | <input type="checkbox"/> 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（日付が記載されているもの）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。

\*ただし、インフルエンザで療養期間が4日以内あるいは8日以上であれば、医師の証明が必要。

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