

登校開始許可証明書（初等部）

年 組 番
氏名： _____
*この枠内は保護者の方がご記入ください

出席停止期間		西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
病名	第一種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱 <input type="checkbox"/> 痘そう <input type="checkbox"/> ペスト <input type="checkbox"/> 南米出血熱 <input type="checkbox"/> マールブルグ病 <input type="checkbox"/> ラッサ熱 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群（SARS） <input type="checkbox"/> 中東呼吸器症候群（MERS） <input type="checkbox"/> 特定鳥インフルエンザ（H5N1）（H7N9）
	第二種	<input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎
	第三種	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 急性肝炎 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ

※該当の病名にチェックを入れてください

上記疾患が治癒または感染の恐れがなくなりましたので登校を許可します。

備考：

西暦 年 月 日

住所

電話番号

医療機関名

医師名

印

校長	教頭	保健室	担任

※保健室保管 2021年4月改訂