

学校感染症による登校許可証

学校長様

学校名 関西大倉中学 高等学校

中・高 学年 組 番 氏名

下記の感染症に罹患のため、

平成 年 月 日から治療中でしたが、

学校保健安全法の基準により、感染のおそれがないものと認め、

平成 年 月 日より登校することを許可します。

診断名

(数字に○印をつけて下さい)

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. インフルエンザ () 型 | 【発症後 5 日を経過し、かつ解熱後 2 日間】 |
| 2. 麻疹 (はしか) | 【解熱後 3 日を経過するまで】 |
| 3. 風疹 (ふうしん) | 【発疹が消失するまで】 |
| 4. 水痘 (みずぼうそう) | 【すべての発疹が痂皮化するまで】 |
| 5. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 【耳下腺の腫脹が消失するまで】 |
| 6. 百日咳 | 【特有の咳が消失するまで】 |
| 7. 咽頭結膜熱 (プール熱) | 【主症状が消退した後 2 日を経過するまで】 |
| 8. 結核 | 【医師において感染のおそれがないと認めるまで】 |
| 9. 流行性角結膜炎 | 【結膜炎の症状が消失するまで】 |
| 10. 感染性胃腸炎 | 【医師において感染のおそれがないと認めるまで】 |
| 11. マイコプラズマ肺炎 | 【医師において感染のおそれがないと認めるまで】 |
| 12. 溶連菌感染症 | 【医師において感染のおそれがないと認めるまで】 |
| 13. その他の感染症
() | 【医師において感染のおそれがないと認めるまで】 |

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印