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、

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、

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】

年　　月　　日

医療機関名

医師名　　印