

主治医 様

大阪府立みどり清朋高等学校
校長 中須賀 久尚

意見書のご記入について（お願い）

平素より、本校の学校保健活動にご協力いただき、厚くお礼申しあげます。

さて、学校保健安全法第19条により、感染症罹患患者又は疑いのある者については出席停止の措置となります。つきましては、お手数ですが下記の意見書に必要事項をご記入の上、本校生徒にお渡しくださいますようお願いいたします。

学校感染症に係る登校に関する意見書

大阪府立みどり清朋高等学校

年 組 番 生徒名

I. 罹患あるいは罹患した疑い（※）のある疾患名

第1種感染症〔治癒するまで〕 病名（ ）

第2種感染症 インフルエンザ（A型・B型）〔発症後5日経過かつ解熱後2日経過〕

麻疹〔解熱後3日経過〕 水痘〔すべての発疹の痂皮化〕

風疹〔発疹消失〕

流行性耳下腺炎〔耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹5日後かつ全身症状が良好〕

咽頭結膜熱〔主要症状消褪後2日経過〕

百日咳〔特有の咳消失又は5日間の治療経過するまで〕

結核〔感染のおそれなし〕 髄膜炎菌性髄膜炎〔感染のおそれなし〕

第3種感染症〔感染のおそれなし〕

腸管出血性大腸菌感染症

その他（ ）

（※）罹患した疑い：病名の確定には至っていないが、「感染のおそれなし」と判断できず、登校は不適切であると判断する状態。（『疑い』の場合は、下記に病態や症状をご記入ください。）

病態、症状等

II. 療養期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで

III. その他の意見・学校生活における注意事項等

平成 年 月 日

医療機関名：

診察医師名：

印