

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、厚くお礼申し上げます。

さて、学校保健安全法第 19 条により、感染症罹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致します。

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 名前

・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〕

・療養期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

・その他の意見・学校生活における注意事項等

〔 〕

令和 年 月 日

医療機関名：

診察医師名：

印