

意見書（学校感染症について）

大阪府立富田林中学校・高等学校

年 組 番 生徒名

第1種	<input type="checkbox"/> （疾患名）
第2種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（型） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風しん <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3種	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> その他の感染症（疾患名） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;">「その他の感染症」につきましては、学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、出席停止の措置をとることがあります。</div>
療養を指示する期間（出席停止期間） 年 月 日 から 年 月 日 まで	
学校への連絡事項等	

以上の通り証明します。

年 月 日

医療機関名
住 所
担当医師名

印