

感染症等に係る登校(園) に関する意見書

平成 年 月 日

校 園 長 様

※ _____ 小・中・幼

※ _____ 年 _____ 組

※氏 名 _____

■ 病気の種類 ■

インフルエンザ ・ 百日咳 ・ 麻しん ・ 流行性耳下腺炎

風しん ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱 ・ 流行性角結膜炎

膿痂疹 ・ 溶連菌感染症 ・ 手足口病 ・ ヘルパンギーナ

伝染性紅斑 ・ マイコプラズマ感染症 ・ 感染性胃腸炎

その他(_____)

上記の疾患に罹患したため、療養を指示していましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので、

_____ 月 _____ 日以降の登校(園) が可能であると判断しました。

診療機関名 _____

担当医師 _____ 印

※印は、保護者が記載してください。