

感染症等に係る登校(園) に関する意見書

令和 年 月 日

校 園 長 様

※校 園 名 _____

※ _____ 年 _____ 組

※氏 名 _____

■ 病 気 の 種 類 ■

百日咳 ・ 麻しん ・ 風しん ・ 流行性耳下腺炎

水痘 ・ 咽頭結膜熱 ・ 流行性角結膜炎

膿疱疹・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 _____

※印は、保護者が記載してください。