

ご担当医殿

大妻多摩中学高等学校

登校許可証明書記入のご依頼

学校保健安全法の定めにより、学校で予防すべき感染症に罹患した生徒について、
下記証明書にご記入頂きますようお願い申し上げます。

登校許可証明書

※本人記入欄	中学・高校 年 組
	氏名

下記感染症が、軽快したので登校しても支障がないことを証明します。

(該当疾患に○印を付けて下さい)

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ(A ・B)
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	麻疹
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎
<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	水痘
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜炎
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎

<input type="checkbox"/>	コレラ
<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症(O-157)
<input type="checkbox"/>	腸チフス
<input type="checkbox"/>	パラチフス
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	その他の感染症 (溶連菌感染症・マイコプラズマ肺炎、感染性胃腸炎、手足口病、流行性嘔吐下痢症など)
※	疾病名

出席停止期間： 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名：

医師名： _____ 印