

登 校 許 可 証

医療体制のひっ迫などにより医師による記入が困難な期間は、保護者の自署による提出が可能

目白研 心 中 ・ 高 年 組 番

生徒氏名 _____

上記の者、下記の疾病が軽快し、感染症の予防上支障がないと認め、登校を許可する。
なお、出席停止を必要とした期間は、下記の通りとする。

「出席停止期間」

20 年 月 日 () ~ 20 年 月 日 ()

※発熱による早退や、本許可証発行のための受診による遅刻も出席停止期間に含まれます

「疾病名」(該当する疾病の□欄にチェックをお願いします)

第一種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱	<input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱	<input type="checkbox"/> 痘そう	<input type="checkbox"/> ペスト
	<input type="checkbox"/> ジフテリア	<input type="checkbox"/> マールブルグ病	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎	<input type="checkbox"/> 南米出血熱
	<input type="checkbox"/> ラッサ熱	<input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群(SARS・MERSのみ)		
	<input type="checkbox"/> 特定鳥インフルエンザ(H5N1、H7N9)		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	
第二種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく)
	<input type="checkbox"/> 風疹(3日ばしか)	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)
	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎			
第三種	<input type="checkbox"/> コレラ	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	<input type="checkbox"/> 腸チフス	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
	<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"/> 流行性嘔吐下痢症
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症
	<input type="checkbox"/> その他の感染症(病名)			

受診した医療機関名 電話番号	電話番号
発症等の経緯 ※インフルエンザの場合 必ず記入すること	発症日 月 日 ()
	受診日 月 日 ()
	解熱日 月 日 ()
	その他

20 年 月 日

保護者氏名 _____ (自署)