

副校長 印	教務主任 印	保健主事 印	担任 印

担当医師さま

大阪教育大学附属高等学校平野校舎

お手数をおかけ致しまして誠に申し訳ございませんが、生徒の登校につきまして、登校に関する意見書への記入を
よろしく願い申し上げます。

学校感染症に係る登校に関する意見書

年 組 番 氏名

下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則にもとづき、

平成 年 月 日 からの加療の結果、感染のおそれがきわめて少なくなったので、

平成 年 月 日 からの登校が可能と判断しました。

第1種感染症 () [治癒]

第2種感染症 インフルエンザ (A型・B型) [発症後5日かつ解熱後2日経過]

麻疹 [解熱後3日経過] 風疹 [発疹消失]

水痘 [すべての発疹の痂皮化] 咽頭結膜熱 [主要症状消失後2日経過]

流行性耳下腺炎 [耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が出現後5日経過し、かつ全身症状が良好]

百日咳 [特有の咳が消失 または 5日間の適正な抗菌性物質製剤療法が終了]

結核 [感染のおそれなし] 髄膜炎菌性髄膜炎 [感染のおそれなし]

第3種感染症 腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎

コレラ 細菌性赤痢 腸チフス パラチフス

第3種 その他の感染症 [①～④は、出席停止により感染拡大防止効果があるもの]

①A群溶血性連鎖球菌咽頭炎 (溶連菌感染症)

②アデノウイルス感染症

③感染性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなどによるもの)

④急性細気管支炎 (主としてRSウイルス感染によると思われるもの)

()

その他の意見 ()

平成 年 月 日

医療機関名:

所在地:

診察医師名 (診察した医師に限る): 印

<参考> 平成24年度大阪府医師会学校医部会作成版

保護者記入欄

登校できなかった期間: 月 日 曜日 時限目から 月 日 曜日 時限目まで
上記の通りであることを、報告します。

保護者氏名 印