

平成 年 月 日

県立播磨南高等学校長 様

医療機関名

医師氏名

印

学校感染症 登校許可書

下記の者は、平成 年 月 日から登校することを許可します。

*該当する項目を○で囲み、必要事項を記入してください。

学 年	1・2・3		
組	1・2・3・4・5・6・7		
氏 名		性別	男 ・ 女
出席停止の 期間	平成 年 月 日 () ~平成 年 月 日 ()		
感 染 症 の 種 類	第一種	エボラ出血熱、クリミヤ・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、鳥インフルエンザ (H5N1) (H7N9)、MERS (中東呼吸器症候群)	
	第二種	インフルエンザ (鳥インフルエンザを除く)、百日咳、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎	
	第三種	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎 「その他の感染症」 感染性胃腸炎 (ノロウイルスによるもの) その他 ()	