

感染症再登校届

令和_____年_____月_____日

県立明石南高等学校長様

_____年_____組_____番 生徒名 _____

保護者名 _____

下記のとおり療養し登校可能となりましたので、_____月_____日から登校させます。

記

1 感染症の種類

該当する病名に☑をいれてください。

【病名】

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ | |
| <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"/> 咽頭結膜熱 |
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 |
| <input type="checkbox"/> その他の感染症（
） | | |

2 療養期間 _____月_____日（　　）～_____月_____日（　　）

3 受診医療機関 _____

*保護者がご記入ください。

*裏面に薬剤情報用紙または薬袋の写し（日付が記載されているもの）を添付してください。

それがあれば、医師による証明は不要です。

担任記入欄

出席停止期間 月 日 ～ 月 日

薬剤情報用紙または薬袋（写し）添付欄