

主治医 様

大阪府立藤井寺工科高等学校長

学校感染症用意見書の発行について（お願い）

日ごろより学校保健に関しご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、学校においては学校保健安全法により、学校感染症に罹患した場合、出席停止の措置となります。つきましては、お手数ですが下記意見書に必要事項を御記入の上、本校生徒にお渡し下さいますようお願いいたします。

意 見 書

大阪府立藤井寺工科高等学校

年 組 番 名 前

[] は出席停止基準

第1種（病名： _____） [治療するまで]	
第2種 <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型・B型） [発症後5日経過し、かつ解熱後2日経過] <input type="checkbox"/> 麻疹 [解熱後3日経過] <input type="checkbox"/> 百日咳 [特有の咳消失] <input type="checkbox"/> 風疹 [発疹が消失] <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 [耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹消失] <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 [主要症状消退後2日経過] <input type="checkbox"/> 水痘 [全ての発疹痂皮化] <input type="checkbox"/> 結核 [感染のおそれなし] <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 [感染のおそれなし]	
第3種 [感染のおそれがないと認められるまで] <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> パラチフス その他の感染症 [条件によっては出席停止の措置が必要と考えられるもの] <input type="checkbox"/> (_____)	
出席停止期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
その他御意見欄	

上記の疾患に罹患したため療養を指示していましたが、感染のおそれがなくなったので、登校が可能であると判断しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印