

意見書（学校感染症について）

大阪府立富田林中学校・高等学校

年 組 番 生徒名 _____

第1種	<input type="checkbox"/> (疾患名)	
第2種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (型)	
	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻しん
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風しん
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱
	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 隹膜炎菌性髄膜炎
第3種	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	
	<input type="checkbox"/> コレラ	
	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	
	<input type="checkbox"/> 腸チフス	
<input type="checkbox"/> パラチフス		
<input type="checkbox"/> その他の感染症 (疾患名)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">「他の感染症」につきましては、学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、出席停止の措置をとることがあります。</div>		
療養を指示する期間（出席停止期間）		
年 月 日 から 年 月 日 まで		
学校への連絡事項等		

以上の通り証明します。

年 月 日

医療機関名
住 所
担当医師名 _____

(印)