

感染症等に係る登校（園）に関する意見書

平成 年 月 日

校 園 長 様

※ _____ 小・中・幼

※ _____ 年 組

※氏 名 _____

■病気の種類■

インフルエンザ ・ 百日咳 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎
風しん ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱 ・ 流行性角結膜炎
膿痂疹 ・ 溶連菌感染症 ・ 手足口病 ・ ヘルパンギーナ
伝染性紅斑 ・ マイコプラズマ感染症 ・ 感染性胃腸炎
その他（ _____ ）

上記の疾患に罹患したため、療養を指示してきましたが、感染のおそれがきわめて少なくなつたので、

_____ 月 _____ 日 以降の登校（園）が可能であると判断しました。

診療機関名 _____

担当医師 _____ 印

※印は、保護者が記載してください。