

※太枠内は生徒または保護者が記入

| | |
|-----------|--|
| 中・高 年 組 番 | |
| 生徒氏名 | |

桜美林中学・高等学校 学校長殿

登 校 許 可 証

*該当する感染症名にチェック☑してください。

| | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ [A型 ・ B型] | <input type="checkbox"/> | 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳 | <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> | 麻疹 (はしか) | <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 風疹 (三日ばしか) | <input type="checkbox"/> | 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> | 水痘 (水ぼうそう) | <input type="checkbox"/> | マイコプラズマ肺炎 |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱 | <input type="checkbox"/> | 流行性嘔吐下痢症 |
| <input type="checkbox"/> | 結核 | <input type="checkbox"/> | その他 () |

上記感染症のため加療しました。治癒または感染のおそれがないと診断しましたので登校を許可いたします。

*発 症 年月日： _____ 年 月 日

*初 診 年月日： _____ 年 月 日

*登校許可年月日： _____ 年 月 日

*特記すべきこと： _____

《医療機関名》

担当医師：

