

登校許可書

(罹患証明)

中学校
立命館 _____ 年 組 番
高等学校
氏名 _____

上記の者は、下記疾病のため治療中でしたが、 _____ 月 日 () より
登校を許可します。

1. 該当疾患に○印をつけて下さい。

<学校において予防すべき伝染病>

第1種	<input type="checkbox"/>	エボラ出血熱	<input type="checkbox"/>	ラッサ熱
	<input type="checkbox"/>	クリミア・コンゴ出血熱	<input type="checkbox"/>	ジフテリア
	<input type="checkbox"/>	ペスト	<input type="checkbox"/>	急性灰白髄炎（ポリオ）
	<input type="checkbox"/>	マールブルク病	<input type="checkbox"/>	南米出血熱
	<input type="checkbox"/>	SARS（重症急性呼吸器症候群）	<input type="checkbox"/>	鳥インフルエンザ（H5N1型）
第2種	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ（ ）型	<input type="checkbox"/>	風疹
	<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	水痘
	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/>	結核
第3種	<input type="checkbox"/>	コレラ	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
	<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症
	<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	<input type="checkbox"/>	その他の伝染病（ ）

2. 出席停止期間

年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

