

学校感染症登校許可証明

湘南学園中学校高等学校

中学・高校()年()組・氏名()

* 学年・氏名等はご家庭でご記入ください

上記の者は、下記の疾病が治癒したので登校してよいことを証明します。

病名(学校保健安全法施行規則第19条・平成24年4月1日改正施行)			
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	結核
<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(三日はしか)	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	水痘(みずぼうそう)	<input type="checkbox"/>	その他
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)	<input type="checkbox"/>	()

(上記疾病の該当欄に○印を記入してください)

初診日 年 月 日

登校許可日 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

印

* その他は溶蓮菌感染症・マイコプラズマ感染症・手足口病・伝染性紅斑の疑い等で医師の指示があった場合

* 上記に関わる遅刻・早退も出席停止とみなしますので、遅刻・早退あれば、該当する日を

()内に保護者が記入してください。

遅刻()・早退()

学校感染症登校許可証明

湘南学園中学校高等学校

中学・高校()年()組・氏名()

* 学年・氏名等はご家庭でご記入ください

上記の者は、下記の疾病が治癒したので登校してよいことを証明します。

病名(学校保健安全法施行規則第19条・平成24年4月1日改正施行)			
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	結核
<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(三日はしか)	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	水痘(みずぼうそう)	<input type="checkbox"/>	その他
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)	<input type="checkbox"/>	()

(上記疾病の該当欄に○印を記入してください)

初診日 年 月 日

登校許可日 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

印

* その他は溶蓮菌感染症・マイコプラズマ感染症・手足口病・伝染性紅斑の疑い等で医師の指示があった場合

* 上記に関わる遅刻・早退も出席停止とみなしますので、遅刻・早退あれば、該当する日を

()内に保護者が記入してください。

遅刻()・早退()