

様式③

主治医 様

大阪府立堺上高等学校長

平素は学校保健に関しご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

学校保健安全法により、学校感染症罹患者については出席停止の措置となります。

つきましては、お手数ですが下記意見書に必要事項をご記入のうえ、本校生徒にお渡しくださいますようお願いいたします。

大阪府立堺上高等学校長 様

(学校感染症) 意見書

年 組 番 名前

〔 〕は出席停止基準

第1種	(病名:)〔 治癒するまで 〕			
第2種	☐ インフルエンザ(A型・B型) 〔発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで〕			
	☐ 新型コロナウイルス感染症 〔発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで〕			
	☐ 百日咳 〔特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤の治療が終了するまで〕			
	☐ 麻疹 〔解熱した後3日を経過するまで〕			
	☐ 流行性耳下腺炎 〔耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで〕			
第3種	☐ 風しん	☐ 咽頭結膜熱		
	〔発疹が消失するまで〕		〔主要症状が消退した後2日を経過するまで〕	
	☐ 水痘	☐ 結核		
	〔すべての発疹が痂皮化するまで〕		〔感染のおそれがないと認められるまで〕	
	☐ 髄膜炎菌性髄膜炎 〔感染のおそれがないと認められるまで〕			
第3種	☐ 腸管出血性大腸菌感染症	☐ コレラ	☐ 流行性角結膜炎	☐ 腸チフス
	☐ 急性出血性結膜炎	☐ パラチフス	☐ その他()	
☐ その他の感染症()				
出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
その他御意見欄				

上記の疾患に罹患したため療養を指示していましたが、感染のおそれがなくなったので、登校が可能であると判断しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印