

学校感染症に関する意見書

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

1. 百日咳

5. 水痘

2. 麻疹

6. 咽頭結膜熱

3. 流行性耳下腺炎

7. その他

4. 風しん

(_____)

上記の児童・生徒は、上記の学校感染症の主要症状が消退し、

_____ 月 _____ 日からの登校（園）に支障がないものと認めます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____