

医療関係者各位

東大阪大学敬愛高等学校
校長 新 浩幸

時下ますますご清祥のことと拝察いたします。

さて、学校保健安全法第19条により、感染症罹患者又は疑いのある者については出席停止の措置となります。ご多忙中のところ誠に恐縮ですが、本校生徒が受診いたしました際には、お手数ながら下記意見書に必要事項をご記入くださいますようお願い申し上げます。

(なお、重ねて恐縮に存じますが、本意見書についての手数料をご考慮いただければ幸甚に存じます。)

学校感染症等に係る登校に関する意見書

年 組 名前 (男・女)

下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則にもとづき療養を指示していましたが、感染のおそれ
がきわめて少なくなったので、登校が可能であると判断しました。

療養すべき期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日

感染症名(該当の箇所にをご記入ください)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型) | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 |
| <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"/> 麻しん | <input type="checkbox"/> 風しん |
| <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| <input type="checkbox"/> その他学校感染症 | () |

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名称

医師名

印

ご協力ありがとうございました。