

(厚 - 様式 2)

登校許可書

柏木学園高等学校 _____年 _____組 _____番 氏名 _____

《医療機関の方へ》

本校生徒が受診の際、この用紙を提出いたしますので、恐縮ではございますがご記入くださいますようお願いいたします。

柏木学園高等学校長

医療機関 記入欄

上記の者を _____月 _____日 ~ _____月 _____日まで 登校停止とします。

出席停止の理由 (該当する病名にチェックをお願いします。)

分類 <第2種>	出席停止の期間の基準
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による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 (おたふくかぜ)	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
風しん	発しんが消失するまで
水痘 (みずぼうそう)	すべての発疹が痂皮 (かさぶた) 化するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消失した後 2 日 を経過するまで
結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	

分類<第3種・その他の感染症>	出席停止の期間の基準	
	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで	
腸管出血性大腸菌感染症	急性出血性結膜炎	溶連菌感染症
流行性角結膜炎	ウイルス性肝炎	マイコプラズマ感染症
感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症)		

上記以外の疾患 感染症名 (_____)

上記の疾患で加療中でしたが、治癒しましたので登校してもさしつかえありません。

記載年月日 令和 _____年 _____月 _____日 (_____)

医療機関所在地
及び 名称

担当医氏名

印