

主治医意見書(学校感染症用)

阪南大学高等学校

年 組 番 氏名

保護者氏名

※太枠内を記入し、病院受時に持参してください

1. 学校感染症の種別と診断名(該当するものに☐を付けてください)

種別	診断名
第一種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ熱 <input type="checkbox"/> 南米出血熱 <input type="checkbox"/> ペスト <input type="checkbox"/> マールブルグ病 <input type="checkbox"/> ラッサ熱 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群(SARS) <input type="checkbox"/> 鳥インフルエンザ
第二種	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス(covid-19) <input type="checkbox"/> インフルエンザ(型) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎
第三種	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 腸チフス、パラチフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
	その他の感染症※ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症など) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 急性細気管支炎 <input type="checkbox"/> EBウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 上記以外の感染症() ※条件により出席停止となる感染症であり、校長が学校医等の意見を聞き期間を決定する

2. 期間

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで(日間)

3. その他(学校への指示事項など)

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

