

感染症等に係る登校に関する意見書

年 月 日

大阪緑涼高等学校

学 校 長 様

※ 年 組

※ 名 前

病気の種類

インフルエンザ ・ 百日咳 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 風しん

水痘 ・ 咽頭結膜熱 ・ 流行性角結膜炎 ・ 膿痂疹 ・ 溶連菌感染症

手足口病 ・ ヘルパンギーナ ・ 伝染性紅斑 ・ マイコプラズマ感染症

感染性胃腸炎 ・ コロナウイルス感染症

その他 ()

療養を必要とする期間

年 月 日 ~

年 月 日

登校可能日

年 月 日

診療機関名

担当医師

印

※は保護者が記載してください。