

学 校 登 校 許 可 書

大阪学院大学高等学校

校長 角 田 聡 様

大阪学院大学高等学校 _____ 年 _____ 組

生徒氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記のカッコ内に病名を記入するか、または該当する病名に○印をつけてください。

病 名

◆第1種伝染病（出席停止期間は治癒するまで）

(_____)

◆第2種伝染病（出席停止期間は学校保健法第20条の規定による）

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 風 疹 |
| <input type="checkbox"/> 麻 疹 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 百 日 咳 | <input type="checkbox"/> 結 核 |
| <input type="checkbox"/> 水 痘 | <input type="checkbox"/> 咽 頭 結 膜 熱 |

◆第3種伝染病（出席停止期間は医師が伝染の恐れがないと認めるまで）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | |
| <input type="checkbox"/> その他の伝染病 (_____) | |

上記疾病に罹患したため、学校保健法施行規則第20条に基づき、

_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日までの _____ 日間の療養を指示していましたが、

診察所見から伝染のおそれがなくなり、_____ 年 _____ 月 _____ 日より登校しても差し支えないものと認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

診察医師氏名 _____

