

登校開始許可証明書

学校
第 学年 組
氏 名

上記の者、下記の病名について感染の恐れのないことを証明し、登校を許可する。

記

病 名 (□ 印)

☆ 学校保健安全法第1種の感染症

- ☐ エボラ出血熱 ☐ クリミア・コンゴ出血熱 ☐ 痘そう ☐ 南米出血熱
- ☐ ペスト ☐ マールブルグ病 ☐ ラッサ熱 ☐ 急性灰白髄炎 ☐ ジフテリア
- ☐ 重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）
- ☐ 中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）
- ☐ 特定鳥インフルエンザ（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定する特定鳥インフルエンザをいう。）

☆ 学校保健安全法第2種の感染症

- ☐ インフルエンザ(特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)
- ☐ 百日咳 ☐ 麻疹 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 風疹
- ☐ 水痘 ☐ 咽頭結膜熱 ☐ 結核 ☐ 髄膜炎菌性髄膜炎

☆ 学校保健安全法第3種の感染症

- ☐ コレラ ☐ 細菌性赤痢 ☐ 腸管出血性大腸菌感染症 ☐ 腸チフス
- ☐ パラチフス ☐ 流行性角結膜炎 ☐ 急性出血性結膜炎
- ☐ その他の感染症

- | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| [| ☐ ヘルパンギーナ | ☐ 手足口病 | ☐ 伝染性紅斑 | ☐ 溶連菌感染症 |
| | ☐ 感染性胃腸炎 | ☐ マイコプラズマ肺炎 | ☐ 皮膚化膿症 | |
| | ☐ 伝染性膿痂疹 | ☐ その他 | | |

年 月 日

医師氏名

印

(* 学校名・学年・氏名は保護者がご記入ください。)