

# 登 校 届

中・高 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

名前 \_\_\_\_\_

該当する病名に○印をつけてください。

(病名)

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| 1. インフルエンザ ( _____ 型) | 2. 結 _____ 核   |
| 3. 麻 _____ 疹          | 4. 咽 頭 結 膜 熱   |
| 5. 百 _____ 日 _____ 咳  | 6. 腸管出血性大腸菌感染症 |
| 7. 水 _____ 痘          | 8. 急性出血性結膜炎    |
| 9. 風 _____ 疹          | 10. 流行性角結膜炎    |
| 11. 流行性耳下腺炎           | 12. 髄膜炎菌性髄膜炎   |
| 13. その他の伝染病 ( _____ ) |                |

上記病名で、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日までの間、療養中でした。医療機関( \_\_\_\_\_ )から、主要症状が消退し、登校して差し支えないと診断されましたので、お届けします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印