

保健	教務

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