

保護者様

令和 年 月 日

新潟県立村上特別支援学校長

## 学校感染症による出席停止について（お願い）

お子さんがかかっている（と思われる）病気は、学校保健安全法により学校における予防すべき感染症に指定されています。他の児童・生徒に感染するおそれのある期間は出席停止となり登校できません。

必ず医師の診断を受け、医師から登校しても良いと言われたら、下の登校許可証明を記入してもらい登校してください。

病名：・流行性角結膜炎 ・百日咳 ・麻疹 ・風疹  
・流行性耳下腺炎 ・咽頭結膜熱 ・水痘 ・結核  
・溶連菌感染症 ・その他（ ）

## 主治医様

診断結果を下記の「登校許可証明」にご記入のうえ、保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。

## 登校許可証明

学校名 新潟県立村上特別支援学校

小・中・高 年 組

氏名 \_\_\_\_\_

下記の疾病について、感染症予防上、支障がないので登校しても差し支えありません。

### 1 病名（該当するところに○印をおつけください）

<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	その他（ ）		

2 診断日 令和 年 月 日

3 登校してもよいと認められる日 令和 年 月 日

令和 年 月 日 医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ 印