

登 校 届

中・高 年 組 番

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 | 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. その他の感染症 () | |

※上記の1については、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
除きます。

上記病名で 20 年 月 日から 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。

20 年 月 日

保護者名 印