

# 意見書 (医師記入)

日光市立藤原中学校長 殿

学年 組

生徒氏名

生年月日 年 月 日生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻しん (はしか)
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘 (水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱 (プール熱)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等)
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)
<input type="checkbox"/>	その他 ( ) ※カッコ内に病名を記入

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登校可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

※保護者のみなさまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、医師により集団生活に支障がないと判断され、登校を再開する際には、この意見書を提出してください。

(上都賀郡市北部地区医師会共通書式)