

川越東高等学校  
学校長 様

# 登校許可証明書

年 組 番 生徒氏名

---

上記の生徒、下記の病名について感染の恐れのないことを証明し、登校を許可します。

## 記

### 学校保健安全法 第2種 感染症

- |                                       |                                  |                                |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ____型 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 |
| <input type="checkbox"/> 百日咳          | <input type="checkbox"/> 麻疹      | <input type="checkbox"/> 風疹    |
|                                       | <input type="checkbox"/> 結核      | <input type="checkbox"/> 水痘    |

### 学校保健安全法 第3種 感染症

- |                                  |                                   |                                     |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染 |
| <input type="checkbox"/> コレラ     | <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢    | <input type="checkbox"/> 腸チフス・パラチフス |

### \*その他の感染症

- |                                   |                                    |                                 |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> 手足口病     | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑     |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他（     | ）                                  |                                 |

登校開始許可日 平成 年 月 日から登校可

---

平成 年 月 日

医療機関名

---

医師名

印

---