

主治医 様

下記の生徒の学校感染症罹患の連絡をお願い致します。

熊本県立熊本商業高等学校長

罹患連絡書

年 組 号 氏名

私は

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで、学校を欠席しましたが、学校保健安全法施行規則第19条により、出席停止の取り扱いを受けたいので、下記の疾病について、ご証明下さいますようお願い致します。

学校保健安全法による出席停止疾患

第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）中東呼吸器症候群（MERS）、鳥インフルエンザ（H5N1）
第二種	インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）百日咳、麻疹（はしか）、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、風しん、水痘（水ぼうそう）、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
第三種	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス及びパラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、その他の感染症【溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑（リンゴ病）ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症、感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）アタマジラミ、伝染性軟属腫（水いぼ）、伝染性膿痂疹（とびひ）

上記の疾患により治療を行ったことを証明します。

出席停止期間 平成 年 月 日～ 月 日

その他の指示事項

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印