

学校への連絡

海星中学校

海星高等学校 _____年 _____組 _____席 氏名 _____

★医師へのお願い

お手数をおかけしますが、下記の表を参考のうえご記入いただき、
該当者または保護者にお渡し下さい。

上記の者は 感染症 第(1・2・3)種の ()番にて
学校において予防すべき感染症に該当するため

平成 _____年 _____月 _____日 から _____月 _____日 まで
出席を停止したほうがよいと認めます。

平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名

医師名



学校において予防すべき感染症		
第1種	第2種	第3種
(1) エボラ出血熱 (2) クリミア・コンゴ出血熱 (3) 重症急性呼吸器症候群 (病原体が SARS コロウイルスであるものに限る) (4) 痘そう (5) 南米出血熱 (6) ペスト (7) ラッサ熱 (8) マールブルグ病 (9) 急性灰白髄炎(ポリオ) (10) ジフテリア (11) 鳥インフルエンザ (病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスで ありその血清亜型が H5N1 であるものに限る)	(12) インフルエンザ (鳥インフルエンザ H5N1 を除く) (13) 百日咳 (14) 麻疹 (15) 風疹 (16) 水痘 (17) 流行性耳下腺炎 (18) 咽頭結膜熱 (19) 結核	(20) コレラ (21) 細菌性赤痢 (22) 腸チフス (23) 腸管出血性大腸菌感染症 (24) パラチフス (25) 流行性角結膜炎 (26) 急性出血性結膜炎 (27) その他