

登 校 届

(保護者記入)

新座市立第二中学校長 様

_____年_____組 氏名_____

_____月_____日に、医療機関において次の感染症（○印）の診断を受けました。

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1 百日咳 | 10 溶連菌感染症 |
| 2 麻疹（はしか） | 11 手足口病 |
| 3 流行性耳下腺炎 | 12 マイコプラズマ肺炎 |
| 4 風疹 | 13 感染性胃腸炎 |
| 5 水痘 | 14 インフルエンザ（_____型） |
| 6 咽頭結膜熱 | ○発症日 _____月_____日 ※発症後5日 |
| 7 流行性角結膜炎 | ○解熱日 _____月_____日 ※解熱後2日 |
| 8 急性出血性結膜炎 | 15 新型コロナウイルス |
| 9 伝染性紅斑 | 16 その他（ _____ ） |

○ 受診した医療機関名 _____

医師の診断により、本日から登校させますので連絡します。

令和_____年_____月_____日

保護者氏名 _____ 印