主　治　医　様

大阪女学院中学校・高等学校
校長　山﨑　哲嗣

お　願　い

ご多忙中まことに恐縮ですが、学校保健法施行規則に基づいて、出席停止すべき下記生徒に対し、病名および停止すべき期間をご指示くださいますようお願い申し上げます。

生 徒 名	（中学・高校　　年　　組　　番）
出 停 期 間	年　　月　　日～　　年　　月　　日
病　　名	インフルエンザ（A・B） 百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎 風疹・水痘・咽頭結膜炎・結核
	腸管出血性大腸菌感染症・流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎・その他（　　）
・医 療 機 関 （病院名） ・医師名 ご記入お願いいたします。	西暦　　年　　月　　日 印

※保護者様・生徒の皆さん※
医師による記入後、この書類は、担任と出席停止確認を済ませたら保健室にご提出ください。