

< 学校感染症連絡票 >

竜王町立 小学校長宛

年 組 児童名

\_\_\_\_\_ 病院・医院で診察を受けたところ、

下記の病名と診断され感染を予防するため、

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで、

自宅療養するよう指示されました。

《病 名》 (○で囲んでください。)

- ・インフルエンザ ( ) 型
- ・麻疹 (はしか)      ・流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)      ・風疹
- ・水痘 (水ぼうそう)
- ・咽頭結膜熱 (プール熱)      ・流行性角結膜炎
- ・その他の感染 ( )  
(溶連菌感染症、マイコプラズマ感染症、感染性胃腸炎)

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

- ・この用紙は、医師の指示どおりに保護者が記入してください。
- ・この期間は、「出席停止」となり、欠席となりません。
- ・必ず医師の許可を得てから登校させてください。