

< 学校感染症連絡票 >

竜王町立 小学校長 宛

年 組 児童氏名

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
- 新型コロナウイルス感染症
- 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

保護者氏名

- 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。