

# 学校感染症に関する出席停止解除願

児童名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番氏名 \_\_\_\_\_

## 1. 感染症名（該当するものの□に✓印をつけてください。）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ（ _____ 型）	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか）	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

## 2. 症状等

発症した日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
症 状	

## 3. 受診した医療機関等

受診した日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
医療機関名	
医師からの指示事項	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登校が可能であると指示されました。

医師からの指示に基づき、本日より登校させることといたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_