

学校感染症に関する登校申出書

生徒名： 年 組 番 氏名

1. 感染症名（下記感染症該当欄 にレ印をつけてください。）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ（ ）	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水痘
<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"/> 流行性結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> その他（ ）

2. 症状の発現等

発症した日時	年 月 日 時頃
症 状	

3. 受診した医療機関等

受診した日時	年 月 日 時頃
医療機関名	
医師からの指示事項等	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。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印