

感染症になった時は、受診医療機関に確認のうえ**保護者の方が記入**して学校に提出してください。

## 学校感染症に関する出席停止解除願

高根沢町立 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 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"/> 感染性胃腸炎
<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

### 2 症状等

発症日時 (症状が現れた時)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
症 状	発熱 _____ 無 ・ 有（ _____ 度 _____ 分）
そ の 他	家族内での感染者 _____ 無 ・ 有

### 3 受診した医療機関等

受診した日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ ) _____ 時頃
医療機関名	
医師からの指示事項等	令和 _____ 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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_