

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

高根沢町立阿久津中学校 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