

保護者記入

多摩市立豊ヶ丘小学校長様

学校感染症 治癒届

年 組 氏名

保護者氏名

① 月 日 () ~ 月 日 () の間、学校を休みました。

② 月 日 () から登校します。

③症状があった期間： 月 日 () ~ 月 日 ()

④<手足口病・伝染性紅斑・ヘルパンギーナ>と診断された日(該当の疾病を○で囲んでください。)： 月 日 ()

⑤主な症状(当てはまる項目を○で囲む、または記入をお願いします。)

発熱 (、 ℃ ~ 、 ℃) ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 関節痛 ・ だるさ
鼻汁 ・ 鼻づまり ・ 咽頭痛 ・ 咳 ・ 頭痛 ・ 食欲不振 ・ 吐き気 ・ 嘔吐
腹痛 ・ 下痢 ・ その他 ()

⑥医療機関名：

出席停止はお子様に十分な休養を与え、早期に治癒させるため、また、他の児童への感染を防ぐためのもので、この期間中は「欠席」の取扱いとはりません。

回復し、主治医から登校が許可されましたら、上記の「学校感染症 治癒届」に必要な事項をご記入のうえ、担任へご提出ください(医療機関での証明は不要)。

元気に登校されることをお待ちしております。