

感染症に罹患した際は、医療機関に確認のうえ、**保護者が記入**して学校に提出してください。

# 学校感染症に関する受診報告書

那珂川町立            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 (A型・B型・不明)	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻しん (はしか)
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 風しん (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"/> 新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染	<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 (ノロ・ロタ・アデノウイルス等)	<input type="checkbox"/> ※マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/> ※溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> ※伝染性紅斑 (りんご病)	<input type="checkbox"/> ※手足口病
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

※印がついている感染症の出席停止は学校長判断となりますので、学校にご相談ください。

## 2 症状等

発症日時 (発症0日目)	令和      年      月      日 (      )      時頃
症状	発熱：無 有 (      度      分)、解熱日：令和      年      月      日 (      )
その他	家庭内での感染者      無      ・      有

### 3 受診した医療機関

受診日時	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、出席停止期間の基準を過ぎましたので、本日より登校させることとします。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_