

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。）

☐ インフルエンザ (A型・B型・不明)	☐ 百日咳	☐ 麻しん (はしか)
☐ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	☐ 風しん (三日ばしか)	☐ 水痘 (みずぼうそう)
☐ 咽頭結膜熱	☐ 新型コロナウイルス感染症	☐ 結核
☐ 髄膜炎菌性髄膜炎	☐ 腸管出血性大腸菌感染	☐ 流行性角結膜炎
☐ 急性出血性結膜炎	☐ ※感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ・アデノウイルス等)	☐ ※マイコプラズマ感染症
☐ ※溶連菌感染症	☐ ※伝染性紅斑 (りんご病)	☐ ※手足口病
☐ 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 _____