

# 学校感染症・流行性疾患欠席届

成蹊中学高等学校 中学・高校 年 組 番

氏 名 \_\_\_\_\_

- (1) 医療機関受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )
- (2) 医師が指示した出席停止期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )
- (3) 受診した医療機関名 \_\_\_\_\_  
 住所・電話番号 \_\_\_\_\_  
 医 師 名 \_\_\_\_\_

医療機関へ確認の連絡をさせていただくことがあります。

該当する病名にチェックをしてください。

【解熱日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】

※出席停止期間の基準は学校感染症一覧を参照してください。

○印	病 名	○印	病 名
	新型コロナウイルス		インフルエンザ ( A / B / 不明 ) 型に○をつけてください
	百日咳		流行性角結膜炎 ( はやり目 )
	麻疹 ( はしか )		溶連菌感染症
	流行性耳下腺炎 ( おたふくかぜ )		マイコプラズマ感染症
	風しん		感染性 ( ウィルス性 ) 胃腸炎
	水痘 ( みずぼうそう )		その他【 _____ 】
	咽頭結膜熱 ( プール熱 )		

	発症日	発症後						
	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
インフルエンザ	/	/	/	/	/	/	/	/
コロナウイルス感染症	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
	/	/	/	/	/	/	/	

上記の通り療養し、健康状態について観察しました。保護者として責任をもって報告します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 保護者氏名 \_\_\_\_\_

本書は**医療機関受診後、保護者が記入**し、生徒は登校再開日、教室へ行く前に保健室へ提出してください。

医療機関受診を証明できる確認書類のコピー、自宅での検査キットで新型コロナ陽性の場合は写真データ等を一緒に提出してください。

※確認書類：□検査結果 □診療明細書 □お薬手帳 (インフルエンザのとき) など

**新型コロナ感染症は発症後 10 日を経過するまで、周囲への感染を防ぐためマスクの着用をお願いします。**

生徒・保護者 → 保健室 → 教務・担任・教頭

学校記入欄 受取日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 (受取者名: \_\_\_\_\_ )

保健室	教 務	事 務