

# 学校感染症に関する登校申出書

栃木県立足利中央特別支援学校長様

児童生徒名 小学 中学 高等 部 年 氏名 \_\_\_\_\_

症状の発現	日時	月 日 ( ) : 頃
	症状	当てはまる症状に○をつけてください。 発熱・頭痛・のどの痛み・嘔吐・下痢・発疹・その他 ( )
医療機関受診	日時	月 日 ( ) : 頃
	医療機関名	
	診断名	当てはまる診断名を○で囲んでください。  水痘 (みずぼうそう)      流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)      感染性胃腸炎 (流行性嘔吐症)  流行性角結膜炎 (はやり目)      咽頭結膜炎 (プール熱)      溶連菌感染症  その他の感染症 ( )
		・ _____ 月 _____ 日 から登校可 ※主治医に確認し、必ず記入する
その他	学校にお知らせしたいこと	

主治医から登校の許可が出たため、本日より登校いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印