

感染症による登校申出書

栃木県立盲学校

幼・小・中・高・専			年	氏名	
症状の出現	日 時	月 日 () 時頃			
	症 状	当てはまる症状に○を付けてください。 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	令和 年 月 日 () : 頃受診			
	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。			
		インフルエンザ () 型 水痘 (水ぼうそう) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			
		流行性角結膜炎 (はやり目) 咽頭結膜熱 (プール熱) 感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症)			
溶連菌感染症 その他の感染症 ()					
		※ インフルエンザの場合 熱の下がった日時 月 日 時頃			
		主治医の指示 月 日から登校可 ※必ず記入してください			
		医師から登校に関するその他の指示事項について			
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
保護者名