

保護者様

感染症の経過を下記確認事項にご記入の上、お知らせください。

平成 年 月 日

感染症確認事項

年 組 氏名	部活動	部
	質 問	内 容
1	症状が出た日	月 日 ( ) 症状 ( 高熱 ・ 咳 ・ だるさ ・ 熱感 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水や鼻閉 ・ 筋肉や関節痛 ・ 頭痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 結膜炎 ・ その他 )
2	発熱した日	月 日 ( )
3	医療機関を受診した日	月 日 ( )
4	薬の投与の有無 医師からの指示	薬 ( 有 ・ 無 ) 指示内容 :
5	発病後どのような生活をしていましたか	
6	入院の場合	入院日 : 月 日 ( ) 退院日 : 月 日 ( )
7	現在の状況について 療養場所 ・ 症状の有無 ・ 服用の有無	療養場所 ( 自宅 ・ 病院 ・ その他 ) 症状 ( 有 ・ 無 ) 薬服用 ( 有 ・ 無 )
8	治療は終わりましたか 医師の証明 ( 学校の登校証明書 ) について	治療 ( 済 ・ 継続中 ) 証明 ( 済 ・ 未 )
9	発病前日から 1 週間前からの行動について 学校、部活動、仕事、その他どのような行動でしたか	
10	家族の健康状況はどうですか	

※学校保管(保健室)