

感染症再登校届

令和____年____月____日

県立明石南高等学校長様

____年____組____番 生徒名_____

保護者名_____

下記のとおり療養し登校可能となりましたので、____月____日から登校させます。

記

1 感染症の種類

該当する病名に☑をいれてください。

【病名】

<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	
<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎
<input type="checkbox"/> その他の感染症（ ）		

2 療 養 期 間 ____月____日 () ~ ____月____日 ()

3 受診医療機関

*保護者をご記入ください。

*裏面に薬剤情報用紙または薬袋の写し（日付が記載されているもの）を添付してください。
それがあれば、医師による証明は不要です。

担任記入欄
出席停止期間 月 日 ～ 月 日

薬剤情報用紙または薬袋（写し）添付欄