

(様式)

学校感染症に関する受診報告書

大田原市立石上小学校長 様

出席停止期間の基準を過ぎましたので、登校させることとします。

年 組		児童生徒氏名
保護者氏名		
1	診 断 名	・診断名の（ ）に○を付けてください。 () インフルエンザ（ A型 ・ B型 ・ 不明 ） () 新型コロナウイルス感染症 () 水痘（みずぼうそう） () 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） () 流行性角結膜炎 () 咽頭結膜熱 () ※溶連菌感染症 () ※マイコプラズマ感染症 () ※感染性胃腸炎 ※印が付いている感染症は、学校長判断となりますので、学校にご相談ください。 ・上記に当てはまらない場合は、下記に診断名を記入してください。 ()
2	発 症 日 (発症0日目)	令和 年 月 日 ()
3	医療機関名 並びに受診日	() 令和 年 月 日 ()
4	解熱した日	令和 年 月 日 () ※発熱があった場合は記入
5	登 校 日	令和 年 月 日 () から
6	配 慮 事 項	※学校に伝えたいことがあれば記入してください。

※受診報告書は、保護者が記入します。