

学校感染症連絡票

保護者用

____年 ____組 ____番 氏名_____

○病 名 インフルエンザ(A ・ B) ・ 流行性耳下腺炎

あてはまる病名に○
をつけてください。

麻しん ・ 感染性胃腸炎 ・ 風しん ・ 百日咳

咽頭結膜熱 ・ ウイルス性肝炎

新型コロナウイルス

その他 (_____)

○発病年月日 令和____年____月____日 (_____)

○出席停止期間 令和____年____月____日 (_____) から

令和____年____月____日 (_____) まで

○登校可能日 令和____年____月____日 (_____)

○受 診 日 令和____年____月____日 (_____)

○医療機関名 _____

○検査結果等 _____

医療機関受診の結果、上記のとおり出席停止させる必要がある
と診断を受けましたので、お知らせいたします。

青森県立大湊高等学校長 殿

令和____年____月____日

保護者名 _____ 印 _____

学校感染症連絡票

医療機関用

____年 ____組 ____番 氏名_____

○病 名 インフルエンザ(A ・ B) ・ 流行性耳下腺炎

あてはまる病名に○
をつけてください。

麻しん ・ 感染性胃腸炎 ・ 風しん ・ 百日咳

咽頭結膜熱 ・ ウイルス性肝炎

新型コロナウイルス

その他 (_____)

○発病年月日 令和____年____月____日 (_____)

○出席停止期間 令和____年____月____日 (_____) から

令和____年____月____日 (_____) まで

○登校可能日 令和____年____月____日 (_____)

○その他記載事項

.....

.....

上記のとおり出席停止させる必要がありますので、お知らせい
たします。

青森県立大湊高等学校長 殿

令和____年____月____日

医療機関名 _____

<生徒・保護者の皆さんへ> 感染症に罹患し(疑い含む)、医療機関で受診する際は、
必ずこの『学校感染症連絡票』を持参し、必要事項の記入をお願いしてください。なお、
記入の際に料金が発生する場合は、記入の必要はありません。保護者による報告に代え
ますので、HR 担任にお知らせください。