

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。
 麻疹 ・ 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・マイコプラズマ肺炎
 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。
 麻疹 ・ 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・マイコプラズマ肺炎
 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。