

校長	教頭	教務	保健主事	養護教諭	学年主任	担任

保護者記入

学校感染症に関する罹患届

茨城県立鬼怒商業高等学校長 殿

生徒氏名 _____ (_____ 年 _____ 組)

以下のとおり医師の診断（指示）を受けました。

病名 1. インフルエンザ (_____ 型)
2. 流行性耳下腺炎 3. 風疹 4. 麻疹
5. 水痘 6. 感染性胃腸炎
6. その他 (_____)

出席停止期間

【 _____ 日間】令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) ~ _____ 月 _____ 日 (_____)

※ インフルエンザの出席停止期間は、「発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで」です。治療薬により発症から 1 ~ 2 日で解熱することもあります。出席停止期間中は自宅での療養をお願いいたします。

記入年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印

受診医療機関名 _____

※ 受診を証明するもの（領収書と服薬の説明書）の写しを添付してください。