

校長	教頭	教務主任	年次主任	担任

→回覧後、養護教諭までお戻しください。

学校感染症等の届

茨城県立江戸崎総合高等学校

年 組 番 氏名	年次 組 番 氏名
病 名 (○をつける)	インフルエンザ A 型 ・ インフルエンザ B 型 ・ インフルエンザ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ・ 流行性角結膜炎 (はやり目) 感染性胃腸炎 ・ その他【 】
初診年月日	年 月 日
学校への 報告年月日	年 月 日
医師から指示 された自宅療 養期間 (○をつける)	・ 発症後、5 日を経過し、かつ解熱後 2 日を経過するまで ・ 主要症状が消退するまで ・ 再診し感染の恐れがないことを主治医が確認するまで ・ その他【 】
出席停止期間	年 月 日 から 年 月 日
医療機関名	
保護者名・印	印

※ 処方薬の説明書など (氏名・受診年月日・医療機関名を確認できるもの) を添付すること。

※ 学校感染症は、インフルエンザ・流行性耳下腺炎・水痘・風疹その他で、医師の診断を基に出席停止の扱いとし、予防措置をとる。

※ 別途、医師の診断書を必要とする場合がある。

※ 感染拡大予防のため、必ず医師の登校許可がおりてから登校すること。

保護者が記入し、登校時すみやかに担任に提出してください。