

(小・中・高・生田東・川崎北) 年 組

児童生徒氏名

保護者氏名

項目	記入欄
診断された日	年 月 日()
指示された 出席停止の期間	年 月 日()～ 月 日()
登校について 医師から指示された 内容	
受診医療機関名	
登校を再開する日	年 月 日()

次の表のうち、罹患した感染症のチェック欄に○をつけてください。

種別	診断名	チェック欄
第二種	インフルエンザ()型	
	新型コロナウイルス感染症	
	百日咳	
	麻疹(はしか)	
	風しん	
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
	水痘(みずぼうそう)	
	咽頭結膜熱(プール熱)	
	結核	
	髄膜炎菌性髄膜炎	
第三種	コレラ	
	細菌性赤痢	
	腸管出血性大腸菌感染症	
	腸チフス	
	パラチフス	
	流行性角結膜炎(ハヤリ目)	
	急性出血性結膜炎(アポロ病)	
	その他()	

提出:担任→養護教諭