滋賀県立愛知高等養護学校・学校感染症出席停止に係る届

医師による証明に代えて取り扱う書類です。 保護者等が記入してください。
受診を証明する書類（領収書・検査の結果または処方箋等）を添付し提出してください。
（**書類がない場合**は、症状や日数・対応の確認のため医療機関に問い合わせさせていただく場合がありますがご了承ください）

＜保護者等記入欄＞
医療機関で医師により、学校感染症の罹患と診断を受けたため下記のとおり報告します

診 断 名 該当するものに〇をつけてください	・インフルエンザ　・新型コロナウイルス感染症 ・百日咳　・麻しん（はしか） ・風疹（3 日はしか）　・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） ・流行性角結膜炎　・急性出血性結膜炎 ・腸管出血性大腸菌感染症 ・その他の感染症 （溶連菌感染症　感染性胃腸炎　手足口病 マイコプラズマ感染症　伝染性紅斑　など）
受 診 日	令和　年　月　日
受診医療機関名	
出席停止指示期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日

令和　年　月　日

滋賀県立愛知高等養護学校

【生　徒】　年　組　番　名前（　　）

【保護者等】　名前（　　）㊞

＜自署の場合、押印は不要です＞

＜学校確認欄＞

校長	副校長	教務部長	養護教諭	学年部長	担任