

# 感染症発生届

☆ ご家庭で、下記必要事項を記入し、担任へ提出してください。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_組 児童氏名\_\_\_\_\_

保護者氏名\_\_\_\_\_

兄弟姉妹\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_組\_\_\_\_\_

医師診断日	令和 年 月 日 ( )
病名  ○をつけてください。	水痘(水ぼうそう)・麻疹(はしか)・風疹・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)・咽頭結膜熱(プール熱)・百日咳・流行性角結膜炎・ 急性出血性結膜炎・伝染性紅斑・手足口病・ 溶連菌感染症・ウイルス性肝炎・ヘルパンギーナ・ マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症・結核・ その他( )
受診した医療機関	
医師による登校許可日	令和 年 月 日 ( )