感染症に罹患した際は、医療機関に確認のうえ、**保護者が記入**して学校に提出してください。

学校感染症に関する受診報告書

那須烏山市立　　学校　　年　　組　　番　　氏名

1　感染症名（該当するものの□に✓印をつけてください。）

□インフルエンザ （A型・B型・不明）	□百日咳	□麻しん（はしか）
□流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	□風しん（三日ばしか）	□水痘（みずぼうそう）
□咽頭結膜熱	□新型コロナウイルス感染症	□結核
□髄膜炎菌性髄膜炎	□腸管出血性大腸菌感染	□流行性角結膜炎
□急性出血性結膜炎	□※感染性胃腸炎 （ノロ・ロタ・アデノウイルス等）	□※マイコプラズマ感染症
□※溶連菌感染症	□※伝染性紅斑（りんご病）	□※手足口病
□その他 （　　）		

※印がついている感染症の出席停止は学校長判断となりますので、学校にご相談ください。

2　症状等

発症日時 （発症０日目）	令和　　年　　月　　日（　　）　　時頃
症状	発熱：無 有（　　度　　分）、解熱日：令和　　年　　月　　日（　　）
その他	家庭内での感染者　　無　・　有

3　受診した医療機関

受診日時	令和　　年　　月　　日（　　）　　時頃
医療機関名	
医師からの 指示事項等	令和　　年　　月　　日(　　)から登校が可能であると指示されました。

医師からの指示に基づき、出席停止期間の基準を過ぎましたので、本日より登校させることとします。

年　　月　　日

保護者氏名