

学校感染症治癒報告書

県立神戸特別支援学校長 様

出席停止者（児童生徒名）

(小学 · 中学 · 高等) 部 年 組 名前

2 診断名 ※インフルエンザの型がわかる場合には○記入ください

インフルエンザ（ A ・ B ・ 不明 ） ・ 新型コロナウイルス感染症

百日咳 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱

その他 ()

3 診断を受けた病院・診断された日

医療機関名 ・ 令和 年 月 日()

4 医師より指示された出席停止期間または再登校が可能となる状態

令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()

()の状態になれば登校してもよい

上記の通り、報告します。 (再登校の日付) 令和 年 月 日

保護者名

*出席停止期間や再登校日については、主治医に確認いただき、ご家庭でご記入ください。医療機関で記入していただく必要はありません。