

*再登校の際に担任へ御提出ください

[保護者記入]

出席停止に関わる感染症疑いによる受診連絡票

感染症の疑いがあり、学校を休んで医療機関等で検査を受けた結果陰性だった場合に提出してください。

科 年 組 番 生徒氏名

1 疑いのあった感染症に をつけてください

- 新型コロナウイルス感染症
 インフルエンザ
 マイコプラズマ肺炎
 溶連菌感染症
 その他()

2 医療機関 ※複数ある場合は、空いている箇所にご記入ください。

受診日 令和 年 月 日()
(検査日)

医療機関名 _____

住 所 _____
(市町村のみ)

医師による指示(検査結果等)

()

令和 年 月 日

保護者氏名(自署) _____