

学校感染症の連絡

生徒氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日生

◇以下医療機関記載欄

病 名 ・麻疹 ・風疹 ・水痘

・インフルエンザ（ 型）
発症日（ 月 日）

※発症した日を0日とするため、発症したと考えられる日を記載して下さい

・その他

上記の通り、診断いたしましたので

月 日から 日間休ませてください。（日数には休日も含む）

令和 年 月 日

病院名（医師名）

印