保護者様

	校感染症に	罹った	場合、学	校保健	安全法	法第 19	条によ	り、学校	を長が出	席停」	上の措	置をと	こるこ。	上	
	きます。 キナレアに	- 山麻	/台 元 平田	44の次4	י בו ומ	~ △F	可の思り	セパンロ / テ	0117	·N.E.	ひまめる	田ファラ	∾≐⊐ <mark>1</mark> /	D	
	つきましては、出席停止判断の資料として、今回の罹患状況について以下の連絡票にご記入の うえ、提出をお願いします。また、提出の際には、医療機関発行の「医療費明細書」及び調剤薬局														
	の「薬の説			-		•				K 長 ソル	IM E] /	Х О I)	ijЛij Л С/	ΗJ	
								三重県	立四	市工	業高等	学校	定時制	制	
• • •	• • • • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •		• • • •	• • • •	• • • •	• • • •	•	
	学校感染症罹患状況連絡票														
	科	年	席	生徒名	7										
1	診断名						1	ンフルエン	マボの担	人は刑	无詞法)	アノナ	デナル		
1	的別石						1	<i>> > </i>	ン y V <i>)-</i> 痂	日は宝	も記入し	<i>/</i> (\ <i>/</i>	C C V 1		
2	診断され	た医療	幾関名_											_	
-	∞ → □			н	н	()									
3	受診日_		<u> </u>		<u> </u>	()		数回受診	された場	合けそ	の台ご記	己入く、	ださい	-	
4	主治医の	指導内容	容				12	<i>ж</i> ц	C 4 01 C 11	7 [] (() (· > C				
<	<記入例>イ	ンフルエ	ンザの簡	5易検査で	で陽性に	なったた	め、〇月	日〇日から) ○月△	日まで質	学校を欠	席し、			
	薬 (「るよう指	導される	た。なお、	○月△Ⅰ	日の時点	京でまだ	熱が下	がらな	()	
	場合は、再	受診する	ように指	導された	-0										
=															
-															
=															
5	学校を欠	席した	日	年	月	日 () 7	から	年	月	日 (,	まで	-	
ነ	かりつけ[星の指道	ひといし	の通り	でした	ので		Ħ	H ()	からえ	学校]	ます		
7,7	·//·//	▽ ^ 7.1日 →	-14 <i>M</i> _	. • > 2 匝 ソ		· • · · · <u> </u>		,1	Н (<u> </u>	立汉し	/ 5 . 7 o		
<u>令</u>	和年	月	且												

保護者等名

(自筆)