

学校感染症患者連絡用紙及び出席停止通知書

年 月 日

保護者様

関東学園大学附属高等学校
校長 吉田 明稔

年 組 番 氏名

※これより医療機関にて記入

インフルエンザ	百日咳	麻疹	流行性耳下腺炎	
風疹	水痘	咽頭結膜熱	結核	髄膜炎菌性髄膜炎
腸管出血性大腸菌感染症	流行性角結膜炎	急性出血性結膜炎	コレラ	
細菌性赤痢	腸チフス	パラチフス	その他 ()	

上記の病気は、学校保健安全法に定められた感染症に相当しますので、次の期間出席させないようお願いします。

出席停止の期間

月 日 から 月 日 まで

医療機関名

医師名 ⑩

上記の病気は、治癒したので連絡します。

年 月 日

医療機関名

医師名 ⑩

(注) 病気が治って登校するときは、この用紙を持参してください。