

定期考査・その他の感染症用（※7日を超えるインフルエンザを含む）

令和 年 月 日

主治医殿

出席停止に関するご意見等についてのお願い

愛知県立南陽高等学校長

平素から本校生徒がお世話になっております。この度診察していただきました疾病について、出席停止に関するご意見をお伺いしたいと思いますので、お手数をおかけしますが下記にご記入くださいますようお願い申し上げます。

1 生徒名 氏名 _____

2 病名

出席停止の基準	
1 インフルエンザ A型 B型 疑い () () () ※当てはまるものに○を付けてください。	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで
2 その他の感染症 (病名: _____)	症状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで

3 出席停止の期間（発症当日からご記入ください。）

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

4 受診した（診断を受けた）医療機関名 （ゴム印の場合、印はいりません）

印 _____

校		教			教務		保健		養護		担	
長		頭			主任		主事		教諭		任	

※この書類は、医師の指示にある期間を出席停止扱いとするための校内書類です。

登校後担任へ提出して下さい。その後、保健室にて保管します。

（担任記入 → _____ 年 組 氏名 _____）