

学校感染症受診報告書

学校法人 片岡学園
片岡幼稚園

クラス _____ 組 園児氏名 _____

疾病名（チェックをお願いします）	
上記の者は	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ（ A型 ・ B型 ）	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）
<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
と診断しました。	
自宅安静加療必要期間	
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで（ _____ 日 _____ 間）	
	年 _____ 月 _____ 日
医療機関名 _____	
医師名 _____	
印 _____	

※太枠線内のみ医療機関でご記入ください。

上記のとおり受診しました。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印

※幼稚園からのお願い

この書類は園児の出席停止の申請としてのみ使用させていただくものです。

不都合な点等ございましたら貴院所定の用紙にて証明くださいますようお願いいたします。