東京都立国際高等学校長殿

学校感染病に関する罹患報告書

【生徒氏名】

第＿＿＿学年＿＿＿組＿＿＿番　名前（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【病名】（該当する番号を〇で囲む）

1　インフルエンザ（　　型）	5　水痘	9　手足口病
2　感染性胃腸炎	6　咽頭結膜熱	10　新型コロナウィルス
3　流行性耳下腺炎	7　百日咳	11　はしか
4　風疹	8　溶連菌感染症	12　その他（　　）

【受診医療機関】

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受　診　日　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

※２回以上受診している場合は初回と最後の受診日をご記入ください。

【医師に診断された発症日】

＿＿＿月＿＿＿日（＿＿＿曜日）

【医師が許可した登校が可能となる日】

＿＿＿月＿＿＿日（＿＿＿曜日）

提　出　日　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

保護者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

---------- 学校使用欄（ここから下は記入しないでください） ----------

【出席停止期間】

＿＿＿月＿＿＿日（＿＿＿曜日）　～　＿＿＿月＿＿＿日（＿＿＿曜日）

	受領日	確認印
担任確認	令和　　年　　月　　日	㊞
保健室確認	令和　　年　　月　　日	㊞
教務確認	令和　　年　　月　　日	㊞