学校感染症罹患報告書

年　　月　　日

所属　　　　　　　　　職名

教職員番号

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　私は（　　　　　　　　　　　　　）に罹患しましたが、感染のおそれがなくなったと医師から診断されましたので、ここにご報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 発症日 | 年　　月　　日 |
| 診断日 | 年　　月　　日 |
| 診断医療機関　所在地 |  |
| 診断医療機関名 |  |
| 出校許可日 | 年　　月　　日 |
| 出校開始日 | 年　　月　　日 |
| 欠勤期間 | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |

※注意事項

1. 本人が記入（入力）してください。医療機関で記入してもらう必要はありません。
2. 出校初日に、医師の診断書（インフルエンザのみ、タミフル等の抗インフルエンザ薬が処方されたことがわかる調剤明細書のコピーでも可）を添付の上、速やかに各校保健室に提出してください。提出がない場合、学校感染症としての取り扱いにはなりません。

【問い合わせ】

・大学、短大、幼稚園、事務局　TEL：03-3237-2550

・中学高等学校　　　　　　　　TEL：03-3237-2744

・第二中学校高等学校　　　　　TEL：042-661-9952

|  |  |
| --- | --- |
| 保　健　室 | 月　　日 |
|  |

保健室保管