

## 罹患報告書

年（松・桜）組 児童名（ ）

あてはまるものに○をつけ、空欄のご記入をお願いいたします。

- ①病 名： 新型コロナ インフルエンザ（ 型） 溶連菌  
 ②症状出現日： 年 月 日  
 ③診 断 日： 年 月 日  
 ④医療機関名（または検査キット名）：

### ⑤経過報告欄

発症日	解熱日	日付	体温	
0日目		月 日	( : ) ℃	( : ) ℃
1日目	日目	月 日	( : ) ℃	( : ) ℃
2日目	日目	月 日	( : ) ℃	( : ) ℃
3日目	日目	月 日	( : ) ℃	( : ) ℃
4日目	日目	月 日	( : ) ℃	( : ) ℃
5日目	日目	月 日	( : ) ℃	( : ) ℃
6日目	日目	月 日	( : ) ℃	( : ) ℃
7日目	日目	月 日	( : ) ℃	( : ) ℃

※出席停止期間は、児童手帳 p.25 に掲載しています。

- ・この用紙は保護者の方が記載してください。
- ・受診された場合は、医療機関が発行する証明書や薬の説明書のコピーなどを添付してください。
- ・登校後すぐに保健室に提出してください。