

担当医 様

京都府立城陽高等学校

学校感染症罹患証明書

学校保健安全法第 19 条により出席停止の措置をとるため、診断内容を御記入いただきますようお願いいたします。

生徒氏名 _____ (_____ 年 _____ 組 _____ 番)

感染症名 (該当欄に✓をつけてください)

- | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------|
| ☐ インフルエンザ | ☐ 百日咳 ^{せき} | ☐ 麻疹 |
| ☐ 流行性耳下腺炎 | ☐ 風しん | ☐ 水痘 |
| ☐ 咽頭結膜炎 | ☐ その他【 _____ 】 | |

出席停止期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

診 断 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・医師名 _____

問い合わせ先：京都府立城陽高等学校 保健部 0774-52-6811

欠席期間届け

以下 保護者記入欄

保護者 様

医療機関での証明を参考に、下記を御記入いただきますようお願いいたします。

欠席した期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) _____ 限 から

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) _____ 限 まで

保護者署名 _____ (印)

※インフルエンザの場合のみ、検査結果の分かる調剤明細書等でも代用可能です。

その場合は、この用紙全面を保護者の方が記入し、提出してください (医療機関印は不要)。