知多市教育委員会

「インフルエンザ」の場合のみ、

この報告書の提出は求めない。

|  |
| --- |
| 感染症診断結果の報告  　　　　　　　　　　　　小中学校名　　知多市立　　八幡中学校　　　年　　　組  　　　　　　　　　幼稚園、保育園名　　知多市立　　　　　　　　園　　　　　　　組  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　病　　名  　　　　　　　　　（　　　月　　日　～　　　月　　日）  　　　　　　　　　　　　　月　　日より、登校・登園が可能と認めます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　医師名 |

知多市福祉事務所

|  |  |
| --- | --- |
| ＜保護者の方へ＞  ＊　医療機関で証明を受け、学校（園）へ提出してください。 |  |
| ＊　この報告書は、知多市医師会の御協力で市内医療機関では文書料は免除されますが、 | |
| 市外の医療機関では有料となる場合がありますので御承知おきください。 | |
| ＊　上記の病名は、疑いあるいは経過を見る必要がある場合も含みます。 | |

知多市教育委員会

知多市福祉事務所

|  |
| --- |
| 感染症診断結果の報告  　　　記入例　　　　　　小中学校名　　知多市立　○○小（中）　　学校　○　年　○　組  　　　　　　　　　幼稚園、保育園名　　知多市立　　　　　　　　園　　　　　　　　組  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　知多　　太郎  　　　　病　　名　　　流行性耳下腺炎  　　　　　　　　　（　　５月１１日　～　　５月１８日）  　　　　　　　　　　　　５月１９日より、登校・登園が可能と認めます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　○年　　○月　　○日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　みどりクリニック  　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　緑　　一郎 |

|  |  |
| --- | --- |
| ＜保護者の方へ＞  　＊　医療機関で証明を受け、学校（園）へ提出してください。 |  |
| ＊　この報告書は、知多市医師会の御協力で市内医療機関では文書料は免除されますが、 | |
| 市外の医療機関では有料となる場合がありますので御承知おきください。 | |
| ＊　上記の病名は、疑いあるいは経過を見る必要がある場合も含みます。 | |