

主治医様

## 感染症について

名前

感染症について、必要事項をご記入くださいますようお願いいたします。

(診断名) 1 インフルエンザ 型 2 流行性耳下腺炎 3 風しん  
4 水痘 5 麻疹  
6 その他 ( )

(出席停止期間)

年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )

(連絡または注意事項)

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印

注意；記載した医師以外の修正や加筆は無効

(修正や加筆がある場合、発行元に問い合わせることがあります)