

平成 年 月 日	
保 護 者 様	
高岡市立下関小学校 校長 新井 郁夫	
学校伝染病にかかっている、またはかかっていると疑われる間は、学校保健法により、出席停止扱いとなりますので、医師と相談のうえ適切な処置をとられるようお願いします。	
記	
1 氏 名	第 学年 組 氏名
2 理 由	風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・インフルエンザ・咽頭結膜熱 腸管出血性大腸菌感染症・（ ）の疑い
3 期 間	発病より医師が伝染病予防上支障なしと認めた日まで
※ 後日、学校で記入	
平成 年 月 日（ ）～平成 年 月 日（ ）まで＜ 日間＞	
主治医 様	
上記の疾病は伝染の危険がなくなる日まで登校できないことになっています。 診断、治療の上、下記の登校許可日を記入いただき、本人に渡してくださるようお願いします。	
登 校 許 可 証 明 書	
学校長 様	
病 名：	
診 断 日： 平成 年 月 日	
登校許可日： 平成 年 月 日	
医療機関名	
医 師 名	

この連絡票は登校される際に必ず学校へお返してください。
不明な点がありましたら養護教諭へお問い合わせください。