

<腸管出血性大腸菌感染症(疑い)による出席停止の申請書 0610>

1. 期 間:令和4年 月 日から 令和4年 月 日まで

2. 理 由:該当する番号を選び(重複可)、該当する項目に○を、また必要事項を記入してください。

(1) **保健所から連絡・指示があった** 管轄保健所 \_\_\_\_\_

- ( ) 腸管出血性大腸菌感染症に罹患した 陽性判明日: 月 日  
( ) 完治している場合 陰性判明日: 月 日  
( ) 完治するまで本校管轄保健所へ移管する場合  
これまでの経過と管轄保健所からの連絡事項があれば記入してください。

( ) 検便指示にて陰性判明まで自宅待機した  
陰性判明日: 月 日

(2) **医療機関に受診し、指示があった**

症状: 腹痛 下痢 嘔吐 その他の症状( )

受診日:令和 4 年 月 日

医療機関名:

(所在地 県 郡・または 市)

( ) 処方された内服薬名:

内服期間: 月 日 ~ 月 日

( ) 検便指示にて陰性が判明するまで自宅待機した  
陰性判明日: 月 日

(3) **学校での検便実施**にて陰性が判明するまで自宅待機した

陰性判明日: 月 日

<申請日>令和 年 月 日

年 組 番 生徒名  
保護者名

