

## 「インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症のみの罹患報告書」

・・・保護者の方がご記入ください。

### インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症罹患報告書

甲賀市立 学校 \_\_\_\_\_ 年 組 名前 \_\_\_\_\_

\* 疾病名 インフルエンザ \_\_\_\_\_ 型 ・ 新型コロナウイルス感染症  
※どちらかに○印をおつけください。

\* 発症日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )

\* 出席停止期間  
\_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) までの \_\_\_\_\_ 日間

\* 受診日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )

\* 受診医療機関名  
\_\_\_\_\_

上記の通り報告します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

キ リ ト リ セ ン

## インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症以外の「罹患証明書」

・・・医療機関に提出し記入してもらってください。

### 罹 患 証 明 書

甲賀市立 学校 \_\_\_\_\_ 年 組 名前 \_\_\_\_\_

\* 疾病名 ( )

\* 出席停止期間  
\_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) までの \_\_\_\_\_ 日間

上記の通り証明します。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関名

医師氏名 \_\_\_\_\_