

藤嶺学園藤沢中・高等学校長 殿

校長	教頭	担任

## 学校感染症（インフルエンザ・新型コロナウイルス）報告書

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

※保護者の方がご記入ください。

感染症名 (いずれかに○を)	インフルエンザA型 ・ インフルエンザB型 ・ インフルエンザ型不明 新型コロナウイルス ・ 新型コロナウイルスワクチンによる副反応
受診日または 検査をした日	年 月 日 ( 医療機関を受診 ・ 自宅で検査 ) ※どちらかに○を
医療機関名 ※医療機関を受診 した場合のみ記入	医療機関名 _____ 住 所 _____
発症日 症状が出た日	年 月 日
欠席の期間	年 月 日から 年 月 日 ( 日間)

(記入日) 年 月 日

保護者署名 \_\_\_\_\_ 印