

インフルエンザ及びインフルエンザ様疾患による欠席届

草津市立矢倉小学校長 様

令和 年 月 日

年 組 児童名

保護者名

欠席理由	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（ 型） <input type="checkbox"/> インフルエンザ様疾患 * どちらかを✓してください。
医療機関名	月 日に _____ を受診しました。
欠席期間	月 日 から _____ 月 日 まで
症 状	* あてはまる症状を✓してください。 <input type="checkbox"/> 発熱（ °C） <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のど痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）