

校長		教頭		養護教諭		担任	
----	--	----	--	------	--	----	--

(保健室保管)

発熱等かぜ症状による欠席届

石川県立加賀聖城高等学校

年 氏名

発熱・かぜ症状等により、下記の期間、自宅で休養したため欠席しました。

月 日	/	/	/	/	/
体 温	℃	℃	℃	℃	℃
症 状	咳 倦怠感 のどの痛み 鼻水 その他 ()	咳 倦怠感 のどの痛み 鼻水 その他 ()	咳 倦怠感 のどの痛み 鼻水 その他 ()	咳 倦怠感 のどの痛み 鼻水 その他 ()	咳 倦怠感 のどの痛み 鼻水 その他 ()

*毎朝、欠席連絡をされる際に、お子様の様子もお知らせください。

(加賀聖城高校 Tel0761-72-0297)

*上記期間につきましては、出席停止扱いになります。医療機関への受診は、必須ではありません。

受診した医療機関がありましたら、記入してください

受診日	令和 年 月 日 ()
医療機関名	
診断名がありましたら、ご記入ください	

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

(お子様を通じて担任までお届けください)