

欠席・遅刻・早退カード

8時15分までに担任に届くようにお願いします。

年 組 児童氏名

平成 年 月 日 曜日, 以下の理由で (欠席・遅刻・早退) します。

□体調不良

1. 当てはまる症状に○をつけてください。

熱 () 度 鼻水 鼻づまり 咽頭痛 咳 頭痛 腹痛
下痢 吐き気 筋肉痛や関節痛み その他 ()

2. 病院受診状況をお知らせください。

受診していない・これから受診する予定

受診済 診断名 (※ 月 日 診断)

3. インフルエンザと診断された場合

・診断 (A型・B型・不明)

・症状がでた日 月 日 曜日 発症日

「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで」出席停止となります。

※発症日を0日目とカウントします。

4. その他連絡事項があればご記入ください。

□その他の理由

手紙・連絡カードを希望される方は下記にご記入ください。

年 組 児童氏名 さんへ渡してください。

*ただし、相手の了承を得ており、安全が確認できる方に限ります。

柏市立中原小学校

欠席・遅刻・早退カード

8時15分までに担任に届くようにお願いします。

年 組 児童氏名

平成 年 月 日 曜日, 以下の理由で (欠席・遅刻・早退) します。

□体調不良

1. 当てはまる症状に○をつけてください。

熱 () 度 鼻水 鼻づまり 咽頭痛 咳 頭痛 腹痛
下痢 吐き気 筋肉痛や関節痛み その他 ()

2. 病院受診状況をお知らせください。

受診していない・これから受診する予定

受診済 診断名 (※ 月 日 診断)

3. インフルエンザと診断された場合

・診断 (A型・B型・不明)

・症状がでた日 月 日 曜日 発症日

「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで」出席停止となります。

※発症日を0日目とカウントします。

4. その他連絡事項があればご記入ください。

□その他の理由

手紙・連絡カードを希望される方は下記にご記入ください。

年 組 児童氏名 さんへ渡してください。

*ただし、相手の了承を得ており、安全が確認できる方に限ります。

柏市立中原小学校