令和　　年　　月　　日

**送　 付 　票**

　　　　　　　　　　　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　学 校 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者居住地 | （市・町） | |
| 学年（年齢）・性別 | 年（　　　　　歳） | 男　・　女 |
| 麻しん・風しんワクチン接種歴 | あり　　・　　なし　　・　　不明 | |
| 発症年月日 | 令和　　　年 　 　月　 日 | |
| 発症後の最終登校年月日 | 令和　　　年　　　月 　　日 | |
| 医療機関受診の有無 | あり　　・　　なし  受診医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 診断年月日 | 令和　　　年　　　月 　　日 | |
| 主症状  （該当するものに○をして下さい） | （　麻しん（はしか）　・　風しん　）  １、発熱　　２、咳　　３、鼻汁　４、くしゃみ  　５、結膜充血　６、眼脂　７、発疹  　８、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 通学方法  （該当するものに○をして下さい） | １、徒歩、自転車  ２、自動車（自動２輪も含む）  　３、電車（　　　　　　　　線　　　　　駅～　　　　駅）  　４、バス（　　　　　　　　線　　　　　　～　　　　　）  　５、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| クラブ・部活動等の状況 |  | |
| 備考：他の児童生徒について同様の症状がある場合、人数・健康状況等について記入してください。 | | |