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。 |