

感染症罹患による欠席報告書

Relatório de Faltas do Paciente Com Doença Infectocontagiosa

長浜市立/Nagahama Shiritsu 浅井小学校/Azaisyou Gakko
 年/Ano Escolar 組/Turma (氏名/Nome)

発病した日 (1) Dia do aparecimento da doença (primeiros sintomas)	平成 年 ano 月 mês 日 dia (インフルエンザの場合、発熱、倦怠感(体のだるさ)、筋肉痛などがみられた日) (No caso de influenza; sintomas como febre, corpo mole, dores musculares, etc)
医療機関受診日 Data da consulta médica	平成 年 ano 月 mês 日 dia
受診した医療機関 Nome do Hospital/Clinica (病院・医院の名称)	病院・医院・クリニック・診療所 Hospital/Clinica
診断された病名 Nome da doença diagnosticada	(インフルエンザの場合: A型・B型・医師の臨床診断) (No caso da influenza: especificar se é tipo A ou B)
症状がなくなった日(2) Data que os sintomas desapareceram	平成 年 ano 月 mês 日 dia (インフルエンザの場合は、解熱した日) (No caso da influenza: data que a febre abaxiou)
学校を欠席した期間 Período que faltou na escola (学校長が「出席停止とする期間」と必ず 一致するものではありません) (Nem sempre vai coincidir com o período de faltas abonadas definido pelo diretor da escola)	De 平成 年 ano 月 mês 日 dia から Até (土・日曜日も含めて) 月 mês 日 dia まで (incluir sábado e domingo)
補足事項 Outros (医師からの指導事項等) (Instruções médicas, etc)	インフルエンザの場合/No caso da influenza (1) の日から5日以上、かつ(2) の日から2日以上経過するまで自宅療養が必要です Necessita ficar de repouso 5 dias desde (1) até completar acima de 2 dias desde que (2)

医師の指導に従い、学校を欠席（自宅療養）したことを報告します

Informo através desta que, seguindo as instruções médicas, (meu filho) ausentou-se na escola para tratamento (em casa).

長浜市立 浅井小学校長 様

平成 年 ano 月 mês 日 dia

保護者氏名 nome do responsável

印

(carimbo)