

感染症罹患による欠席報告書

INFORME DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD CONTAGIOSA

長浜市立東中学校

年 curso 組 aula (氏名 Nombre)

発病した日 (1) Fecha que se enfermó (1)	平成 Heisei 年 año 月 mes 日 día (Caso influenza fecha que presentó los síntomas como ataque de fiebre, languidez de cuerpo, dolor muscular). (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)
医療機関受診日 Fecha de revisión médica en Institución médica	平成 Heisei 年 año 月 mes 日 día
受診した医療機関 Nombre de Institución médica donde fue atendido (Hospital, clínica) (病院・医院の名称)	病院・医院・クリニック・診療所 Hospital, consultorio, clínica, enfermería
診断された病名 Nombre de enfermedad diagnosticada	(Caso Influenza: Tipo A ・Tipo B ・Diagnóstico clínico del médico) (インフルエンザの場合: A型 ・B型 ・医師の臨床診断)
症状がなくなった日(2) Fecha que dejó de presentar las síntomas (2)	平成 Heisei 年 año 月 mes 日 día (Caso Influenza, fecha que bajó la temperatura) (インフルエンザの場合は、解熱した日)
学校を欠席した期 Tiempo que se ausentó de la escuela (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) Con el "Término que determina suspensión de ausencia" por el Director de la escuela no siempre concuerda.	Desde 平成 Heisei 年 año 月 mes 日 día から (土・日曜日も含めて incluye sábados y domingos) Hasta 月 mes 日 día まで
補足事項 Asunto complementario (医師からの指導事項等) Como temas de orientación médico	インフルエンザの場合、 (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 Caso influenza, desde la fecha(1) más de 5 días, además desde la fecha(2) más de 2 días necesita cuidarse en casa.

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

Cumpliendo las órdenes médica informo la ausencia a la escuela por cumplir los cuidados en casa.

長浜市立東中学校長 様

平成 Heisei 年 año 月 mes 日 día

保護者氏名 Nombre de responsable

Sello 印