

保護者様

大泉町立東小学校

SÉRIE/SALA e NOME do ALUNO: _____ 年 組 氏名 _____

大泉町立東小学校
校長 渡辺 豊

Oizumi Higashi Shogakko

Diretor :Watanabe yutaka

学校感染症にかかる出席停止について

下記の感染症と診断された場合は、学校保健安全法第19条の規定により出席停止となります。
つきましては、文部科学省で定める期間かつ医師が登校可能と判断するまで、学校を休ませてください。
なお、医師に学校感染症通知書を記入していただき、登校する日に持参してください。

Período de Suspensão das Aulas em Caso de Doença Contagiosa

Os alunos que pegaram alguma das doenças contagiosas abaixo não poderão vir à escola com base no [Termo 19 do Código de Saúde e Segurança Escolar] até o período determinado pelo médico e o Ministério de Educação, Cultura, Esportes, Ciências e Tecnologia do Japão.

Favor pedir ao médico que preencha o formulário abaixo e entregue na escola no primeiro dia em que o aluno retornar as aulas.

学校感染症通知書**NOTIFICAÇÃO ESCOLAR SOBRE DOENÇA CONTAGIOSA**

病名 (Nome da Doença)

- | | | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------|
| 1. インフルエンザ
Influenza | 2. 百日咳
Coqueluche | 3. 麻疹
Sarampo | 4. 風疹
Rubéola |
| 5. 流行性耳下腺炎
Caxumba | 6. 水痘
Catapora/varicela | 7. 結核
Tuberculose | 8. 咽頭結膜熱
Faringite |
| 9. 髄膜炎菌性髄膜炎
Meningite meningococica | 10. 流行性角結膜炎
Conjuntivite | 11. 急性出血性結膜炎
Conjuntivite hemorragica aguda | |
| 12. 腸管出血性大腸菌感染症
Hemorragia intestinal crônica | 13. その他 ()
Outros | | |

Período de suspensão das aulas :

出席停止期間 令和 ^{ano}年 ^{mês}月 ^{dia}日 ~ 令和 ^{ano}年 ^{mês}月 ^{dia}日

上記報告いたします。

令和 年 月 日 医師名 _____ 印