

欠 席 届

平成 年 月 日 曜日

年 組 氏 名

保護者名

傷 病 名	
	<p>症状がどんな様子か○をつけてください。</p> <p>1. 頭 痛 2. 発 熱 (度) 3. のど 4. せ き 5. 気持ち悪い 6. だるい 7. 腹痛 8. おう吐 9. 下 痢 10. 胃 痛 11. 歯 痛 12. 鼻 汁 13. 耳 痛 (右・左) 14. 湿 疹 15. 眼 痛 (右・左) 16. け が (部位と症状) 17. その他</p>
	<p>* 手当て</p> <p>1. 医者にかかります。 (医師名) 2. 医者にかかりました。 (医師名) 3. 家で休ませて様子をみます。 4. その他</p>
	<p>* その他の欠席理由</p>
	<p>* 連絡事項</p>