欠席届け

月　　日　　（　　）

年　名前

病状名
☆ 症状をお知らせください。 ☐ 発熱（　　度）　☐ 頭痛　☐ のどの痛み ☐　耳の痛み（右・左）　☐ 咳　☐ 鼻水 ☐ 腹痛　☐ 下痢　☐ 吐き気・おう吐 ☐ 歯の痛み　☐ 怪我　☐ 眼の痛み（右・左） ☐ 定期通院（　　） ☐ けが（部位／症状　　） ☐ その他
手当て １．医者にかかります。 ２．家で休ませて、様子をみます。 ３．その他
連絡事項