

親愛的家長：校園防疫需要你我共同協助，請家長把本表交給醫療院所填寫後交回健康中心或導師。

百齡國小健康中心敬啟

醫療聯繫單

班級： 座號： 姓名：

發病日期： 年 月 日

就醫日期： 年 月 日

診斷名稱：☐普通感冒 ☐流感 ☐疑似流感

☐腸病毒 ☐紅眼症 ☐水痘

☐其他：_____

學生目前狀況：

☐宜在家繼續休養至病情穩定

☐康復中，宜在家繼續休養至____月____日

☐無傳染之虞，可回校上課

☐其他：_____

醫院名稱：

醫師簽章：

如有其他連繫事項，可來電 2881-7683*837 健康中心

親愛的家長：校園防疫需要你我共同協助，請家長把本表交給醫療院所填寫後交回健康中心或導師。

百齡國小健康中心敬啟

醫療聯繫單

班級： 座號： 姓名：

發病日期： 年 月 日

就醫日期： 年 月 日

診斷名稱：☐普通感冒 ☐流感 ☐疑似流感

☐腸病毒 ☐紅眼症 ☐水痘

☐其他：_____

學生目前狀況：

☐宜在家繼續休養至病情穩定

☐康復中，宜在家繼續休養至____月____日

☐無傳染之虞，可回校上課

☐其他：_____

醫院名稱：

醫師簽章：

如有其他連繫事項，可來電 2881-7683*837 健康中心

親愛的家長：校園防疫需要你我共同協助，請家長把本表交給醫療院所填寫後交回健康中心或導師。

百齡國小健康中心敬啟

醫療聯繫單

班級： 座號： 姓名：

發病日期： 年 月 日

就醫日期： 年 月 日

診斷名稱：☐普通感冒 ☐流感 ☐疑似流感

☐腸病毒 ☐紅眼症 ☐水痘

☐其他：_____

學生目前狀況：

☐宜在家繼續休養至病情穩定

☐康復中，宜在家繼續休養至____月____日

☐無傳染之虞，可回校上課

☐其他：_____

醫院名稱：

醫師簽章：

如有其他連繫事項，可來電 2881-7683*837 健康中心

親愛的家長：校園防疫需要你我共同協助，請家長把本表交給醫療院所填寫後交回健康中心或導師。

百齡國小健康中心敬啟

醫療聯繫單

班級： 座號： 姓名：

發病日期： 年 月 日

就醫日期： 年 月 日

診斷名稱：☐普通感冒 ☐流感 ☐疑似流感

☐腸病毒 ☐紅眼症 ☐水痘

☐其他：_____

學生目前狀況：

☐宜在家繼續休養至病情穩定

☐康復中，宜在家繼續休養至____月____日

☐無傳染之虞，可回校上課

☐其他：_____

醫院名稱：

醫師簽章：

如有其他連繫事項，可來電 2881-7683*837 健康中心