

令和 年 月 日

教育推進課長 あて

(担当:保健係)

園・学校コード \_\_\_\_\_

園・学校名 \_\_\_\_\_

園長・学校長名 \_\_\_\_\_

**シックハウス症候群等と思われる幼児児童生徒の報告**

下記のとおり報告します。

氏名	男・女	学年・組	年組
主な症状・発症の時期や想定される原因	例) 令和〇年〇月頃、自宅改築工事後から。めまい、頭痛等の症状		
症状を誘発するもの	例) ワックス、墨汁等		
受診医療機関	受診の有無(有・無) 医療機関名:	診断名	
園・学校の対応	例) 換気の励行、ワックスがけを夏期休業中に変更等		
その他	保護者の要望、確認事項等		
園・学校からの要望	換気扇設置の要望(有・無) ※有の場合は要望書を添付		