

インフルエンザに関する登校申し出書

療養経過について

児童生徒名	小学 中学 高等 部	年	氏名
-------	------------	---	----

症状の発現	日時	月	日 ()	:	ごろ
	症状				
医療機関受診	日 時	月	日 ()	:	ごろ
	医療機関名				
	診 断 名	インフルエンザ (A型 ・ B型 ・ 疑い)			
	医師からの指示事項				
その他 学校にお知らせしたいこと	家族でインフルエンザにかかった人が いる () ・ いない 原因と思われること () 欠席した期間 月 日 () ~ 月 日 ()				
熱が下がった日時 月 日 () : ごろ					

医師から登校許可が出た日	月	日 ()	
医療機関名			印

発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過したので、本日より登校させることといたします。

平成 年 月 日

保護者名

印

(記入例)

インフルエンザに関する登校申し出書

療養経過について

児童生徒名	<input checked="" type="radio"/> 小学 中学 高等 部 <input type="radio"/> 年	氏名 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
-------	---	--

症状の発現	日時	<input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>) <input type="radio"/> : <input type="radio"/> <input type="radio"/> ごろ
	症状	発熱38度5分 頭痛、体の痛み、せき
医療機関受診	日 時	<input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>) <input type="radio"/> : <input type="radio"/> <input type="radio"/> ごろ
	医療機関名	△△△クリニック
	診 断 名	インフルエンザ (<input checked="" type="radio"/> A型) ・ B型 ・ 疑い)
医師からの指示事項 タミフルを処方したので、きちんと飲むこと。 水分を十分に補給し、ゆっくり休むこと。		
その他	家族でインフルエンザにかかった人が <input checked="" type="radio"/> いる (<input type="radio"/> 弟) ・ <input type="radio"/> いない	
学校にお知らせしたいこと	原因と思われること (<input type="radio"/> 弟からうつった。) 欠席した期間 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>) ~ <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>)	
熱が下がった日時 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>) <input type="radio"/> : <input type="radio"/> <input type="radio"/> ごろ		

医師から登校許可が出た日	<input type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>)
医療機関名	△△△クリニック 印

発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過したので、本日より登校させることといたします。

平成 24 年 月 日 ()
保護者名 印