栃木県立益子芳星高等学校

インフルエンザに関する登校申出書

生徒氏名	年　　組　　番　氏名

療養経過について

症　状　の　発　現	日　　時	月　　日(　　) 午前・午後　　時頃
	症　　状 (○印を付けてください)	・ 発熱 [　　.　　℃] ・ 鼻汁、鼻閉 ・ 咽頭痛 ・ 咳 ・ その他(　　)
医　療　機　関　受　診	日　　時	月　　日(　　) 午前・午後　　時頃
	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	
家　族　内　感　染　者	・ 無 ・ 有(　　) 例 弟(中学2年インフルエンザA型　○/○から出席停止)	
そ　の　他 学校に連絡しておきたいこと		
熱が下がった日時	月　　日(　　) 午前・午後　　時頃	
抗ウイルス薬を吸入(または内服)しましたか	は い　・　いいえ	

発症後 5 日、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。

令和　　年　　月　　日

保護者名　　印