感染症罹患に関する登校申出書

栃木県立さくら清修高等学校長様

療養経過について

生　徒　名	年　　組　　番　氏名

症状の発現	日　　時	月　　日（　　）　：　　頃
	症　　状	発熱・腹痛・頭痛・他（　　）
医療機関受診	日　　時	月　　日（　　）　：　　頃
	医療機関名	電話番号（　　－　　－　　）
	診　断　名	インフルエンザ　（　A型　・　B型　） 感染性胃腸炎　　溶連菌感染症 マイコプラズマ感染症　　手足口病
	医師からの指示事項 出席停止期間　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）	
その他		
熱が下がった日時	月　　日（　　）　：　　頃	

医師の指示による療養期間（インフルエンザは解熱後２日経過、感染性胃腸炎は全身症状が改善、溶連菌感染症は抗生剤治療開始後２４時間経過し全身症状が改善、マイコプラズマ肺炎は急性期は出席停止・全身症状が改善、手足口病は発熱や咽頭痛は出席停止・全身症状が改善）してからの登校になります。

上記の経過観察が終了いたしましたので、本日より登校させることといたします。

年　　月　　日

保護者名　　印