

# インフルエンザに関する登校申出書

栃木県立足利中央特別支援学校長様

児童生徒名 小学 中学 高等 部 年 氏名 \_\_\_\_\_

症状の発現	日時	月 日 ( ) _____ : _____ 頃
	症状	当てはまる症状に○をつけてください。 発熱・頭痛・のどの痛み・嘔吐・下痢・発疹・その他 ( )
医療機関受診	日時	月 日 ( ) _____ : _____ 頃
	医療機関名	
	診断名	インフルエンザ ( A型 ・ B型 ・ 疑い )
	医師からの登校に関する指示事項	・ _____ 月 _____ 日から登校可 ※主治医に確認し、必ず記入する ・ 発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過している はい ・ いいえ
その他	家族でインフルエンザにかかった人が いる ( ) ・ いない	
学校にお知らせ したいこと	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 ( ) _____ : _____ 頃	

主治医から登校の許可が出たため、本日より登校いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印