

インフルエンザに関する登校申し出書

療養経過について下表のとおり報告します。

生徒名	年 組 番号 () 氏名		
症状の発現	日時	月 日 ()	: ごろ
	症状		
医療機関受診	初診の日時	月 日 ()	: ごろ
	医療機関名		
	診 断 名	インフルエンザ (新型 ・ 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			
熱が下がった日時	月 日 ()	: ごろ	

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。

平成 年 月 日

保護者名

印