学校感染症に関する登校申し出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　　組　　　　番　　　生徒氏名 | | | | | | | | |
| 症状発現日時 | | 月　　　日　（　　　）　　　　：　　　頃 | | | | | | |
| 症　状 | |  | | | | | | |
| 「医療機関受診」か「検査キッド使用」のどちらか該当する方に記入してください。  どちらも該当する場合は両方に記入してください。 | | | | | | | | | |
| 医療機関受診 | 日 時 | | 月　　日（　　）　　：　 頃 | 検査キット使用 | 日　時 | 月　　日（　　）　　：　　 頃 | | | |
| 医療機関名 | |  | 使用したキットの結果に、〇をつけてください。 | | | | |
| 診 断 名 | |  |  | | 陽性 | 陰性 | |
| 医師からの指示事項 | |  | インフルエンザ | |  |  | |
| 新型コロナウイルス | |  |  | |
| 医療機関受診の場合は、『医療費明細書・薬明細書等』、医療機関受診が確認できるものを、検査キットを使用した場合は、陽性反応を記録した写真を登校後提示してください。 | | |  | | | | | | |
| 医師からの指示事項に基づき、本日より登校させることといたしました。  令和　　年　　月　　日  保護者等氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |