

感染症罹患に関する登校申出書

栃木県立那須拓陽高等学校長 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
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) 感染性胃腸炎 溶連菌感染症 マイコプラズマ感染症 その他 ()
	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 ()	: 頃

医師の指示による療養期間（インフルエンザは発症後5日を経過しかつ解熱後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）してからの登校になります。

令和 年 月 日

保護者等名

印