

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	新型コロナウイルス感染症 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

令和 年 月 日

保護者等名 印

出席停止期間の基準 ・ 新型コロナウイルス感染症 →発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで ・ インフルエンザ →発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで ・ 感染性胃腸炎、溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎 →医師が感染の恐れがないと認めるまで
