

登校申出書

小 · 中 · 高 年 氏名

療養経過について

	日 時	月 日 () : 頃			
症状の出現	症 状	・発熱 (°C) ・当てはまる症状に○印を付けてください。 頭痛 咳 鼻水 咽頭痛 関節痛 筋肉痛 全身倦怠感 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 ・ みなし陽性) 新型コロナウイルス感染症 その他 ()			
	医師からの指示事項 (例：タミフルを処方したので指示に従って服薬すること 等) ・ 月 日 () から登校可 ・				
家庭療養中の経過 ※最低・最高体温には一日の中で最低・最高の体温を記入してください。	月日(曜日)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	最低体温	°C	°C	°C	°C
	最高体温	°C	°C	°C	°C
	月日(曜日)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	最低体温	°C	°C	°C	°C
	最高体温	°C	°C	°C	°C
その他 学校に知らせたいこと 等 ・家族で同じ疾患に罹った人が (いる・いない) ・					

以下の項目お答えください。

- ①インフルエンザの場合：

発症後5日、かつ解熱後2日を経過しましたか (はい・いいえ)

- ②新型コロナウイルス感染症の場合：

発症後5日、かつ症状が軽快した後1日を経過しましたか (はい ・ いいえ)

- ③その他、裏面「学校において予防すべき感染症」の場合：

出席停止期間を経過しましたか (はい ・ いいえ)

本日より登校させることといたします。

令和 年 月 日

保護者氏名