

栃木県立大田原女子高等学校長 様

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 (以下、保護者記入)

生徒氏名	年 組 番 氏名	
症状の発現	日 時	月 日 () : ころ
	症 状	
医療機関受診	日 時	月 日 () : ころ
	医療機関名	
	診 断 名	インフルエンザ (A型 ・ B型 ・ 疑い)
	医師からの指示事項 (処方された薬の名前など)	
家族内インフルエンザ 発症者の有無	家族でインフルエンザにかかった人がいますか いる(名) ・ いない	
学校にお知らせ したいこと		
熱が下がった日時	月 日 ()	: ころ

発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過したため、登校させることといたします。

登校開始日 令和 年 月 日

保護者名 _____ 印