

栃木県立大田原女子高等学校長 様

## 学校感染症に関する登校申出書

療養経過について（以下、保護者記入）

生徒氏名	年 組 番 氏名		
症状の出現	日時	月 日 ( )	: 頃
	症状		
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 疑い ) ・感染性胃腸炎 ・新型コロナウイルス感染症 ・その他 ( )	
	医師からの指示事項 (治療や登校について等)		
その他 学校への 連絡事項 (該当するものがあれば○)	〔 ・新型コロナウイルス感染症検査キットで陽性 ( 月 日に検査) ・病院受診はしていない		
解熱した、 または症状が 軽快した日時	月 日 ( )	:	頃
出席停止期間	月 日 ( )	~	月 日 ( )

医師からの指示事項に基づき、本日より登校を再開いたします。

令和 年 月 日  
保護者名 印