

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

生徒氏名	年 組 番 氏名		
症状の発現	日 時	月 日 ()	: ごろ
	症 状		
医療機関受診	日 時	月 日 ()	: ごろ
	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 *処方された薬についても記入		
家族内インフルエンザ 発症者の有無	なし ・ あり []		
学校にお知らせ したいこと			
熱が下がった日時	月 日 ()	: ごろ	

発症した後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過したので、本日より登校させることといたします。 (※発症した日は0日とします)

平成 年 月 日

栃木県立小山高等学校長 様

保護者氏名

印