

# 登校申出書

※出席停止となる全ての感染症等に罹患した際に提出してください。

※今年度より、登校申出書には医療機関受診が確認できるもの、**医療費明細書、調剤明細書等**のコピー添付が必要です。検査キットを使用した場合は、**陽性反応を記録した写真**を登校後提示してください。

|     |                    |
|-----|--------------------|
| 生徒名 | 年 組 番 _____グループ 氏名 |
|-----|--------------------|

|                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 症状について                | 日 時                                                              | 月 日 ( ) AM・PM : ごろ                                                                                                                                                                                             |
|                       | 症 状                                                              | 発 熱 ( ) 度 ( ) 分<br>その他 [ ]                                                                                                                                                                                     |
| 医療機関<br>受診状況について      | 日 時                                                              | 月 日 ( ) AM・PM : ごろ                                                                                                                                                                                             |
|                       | 医療機関名                                                            |                                                                                                                                                                                                                |
|                       | 該当する項目<br>を○で囲む                                                  | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に関わるもの<br>【 陽 性 ・ 疑 い 】<br><input type="checkbox"/> インフルエンザに関わるもの<br>【 A型 ・ B型 ・ 疑 い 】<br><input type="checkbox"/> その他<br>【 感染性胃腸炎・溶連菌感染症・マイコプラズマ肺炎・手足口病 】<br>上記以外の疾患 ( ) |
| 出席停止期間                | 令和_____年____月____日 ~ 令和_____年____月____日<br>※遅刻または早退も出席停止期間に含みます。 |                                                                                                                                                                                                                |
| 解熱日時<br>または<br>症状回復日時 | 月 日 ( ) AM・PM : ごろ                                               |                                                                                                                                                                                                                |
| その他<br>(連絡事項等)        |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                |

上記の内容の通り、医師から指示のあった出席停止期間を経過したので登校いたします。

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_