

感染症に関する登校申出書

栃木県立栃木特別支援学校長 様

児童生徒氏名	A	B	部門	小学部	中学部	高等部
	年	組	氏名			

療養経過について

症状の発現	発症した日	令和 年 月 日 ()
	症 状	当てはまる症状に○で囲んでください。 発熱 (°C) ・ 頭痛 のどの痛み 嘔吐 下痢 発疹 その他 ()
医療機関受診	受診した日	年 月 日 ()
	医療機関名	
	診 断 名	当てはまる診断名を○で囲んでください。 インフルエンザ (新型 A型 B型 疑い) その他の感染症 () ※診断された感染症名を記入してください。
	医師からの指示事項	
その他 (学校に知らせたいこと)	症状が治まった日 月 日 () (インフルエンザの場合には熱が下がった日)	
	症状が治まった日 (インフルエンザの場合は熱が下がった日)	月 日 ()

医師からの指示事項に基づき、本日より登校させることといたしました。

令和 年 月 日 ()

保護者等名

記入例

感染症に関する登校申出書

栃木県立栃木特別支援学校長 様

児童生徒氏名	(A)	B	部門	小学部	中学部	高等部
	〇年	〇組	氏名	〇〇〇〇		

療養経過について

症状の発現	発症した日	令和 〇年 〇月 〇日 ()
	症 状	当てはまる症状に○で囲んでください。 (発熱) (38.5℃) ・ 頭痛 (のどの痛み) 嘔吐 下痢 発疹 その他 ()
医療機関受診	受診した日	令和 〇年 〇月 〇日 ()
	医療機関名	〇〇〇クリニック
	診 断 名	当てはまる診断名を○で囲んでください。 (インフルエンザ) (新型 (A型) B型 疑い 不明) その他の感染症 () ※診断された感染症名を記入してください。
	医師からの指示事項 ・タミフルを処方します。決められた時間にしっかり飲んでください。 ・症状が出た次の日から数えて5日間経過し、且つ熱が差たり2日経過すれば、登校可能です。	
その他 (学校に知らせたいこと)	・まだ咳は少し出ますが、主治医からは登校しても大丈夫と言われたので登校させます。体調の変化あるようでしたら連絡ください。	
症状が治まった日 (インフルエンザの場合は熱が下がった日)		月 日 ()

医師からの指示事項に基づき、本日より登校させることといたしました。

令和 年 月 日 ()

保護者等名