

学校感染症に関する登校申出書

療養経過について

生徒名	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 消失した日時	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