

(保護者記入)

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症

治癒報告書

学 校 名 智学館中等教育学校

生徒氏名 _____ (年次 組)

疾 病 名 インフルエンザ (A ・ B ・ 疑い)

新型コロナウイルス感染症 (疑い)

出席停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____

受 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発 症 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※発熱等の症状が出始めた日

解 熱 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の疾病は、登校に支障のない状態まで治癒したことを報告します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ ④

・インフルエンザの出席停止期間

「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで」

・新型コロナウイルス感染症の出席停止期間

「発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで」

※受診を証明できるもの(受診日、生徒氏名のある処方薬の説明書)の写しを裏面に貼付して下さい。