

学校感染症における出席停止確認書

中学・高校 ____年 ____組 ____番 氏名 _____

以下により療養等しておりましたが、出席停止期間が経過いたしましたので、本確認書を提出いたします。保護者として責任をもって申告いたします。

20 ____年 ____月 ____日 保護者署名 _____

1. 病名(該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください)

インフルエンザ(A ・ B) ※要確認:①②を✓してください→ 下記5健康観察表の記入をお願いします	①	発症日の翌日から数えて5日を経過している
	②	解熱した翌日から数えて2日を経過している
新型コロナウイルス感染症 ※要確認:③④を✓してください→ 下記5健康観察表の記入をお願いします	③	発症日の翌日から数えて5日を経過している
	④	症状が軽快(解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあること)した翌日から数えて1日を経過している
その他の学校感染症 別紙参照 ※出席停止期間は、医師に確認してください	(疾患名)	

2. 発症日： ____年 ____月 ____日

3. 出席停止期間： ____年 ____月 ____日 ～ ____年 ____月 ____日

4. 受診医療機関受診日： ____年 ____月 ____日

医療機関名： _____ 電話番号： _____

※インフルエンザ・新型コロナウイルスにおいて自宅で検査し、受診していない場合は未記入でかまいません

5. 健康観察：インフルエンザ・新型コロナウイルスの場合は、下記表に体温や症状を必ず記入してください

	発症日 0日目	発症日 1日目	発症日 2日目	発症日 3日目	発症日 4日目	発症日 5日目	発症日6日目 最短登校日
月/日	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
内服の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状							

症状によっては、医師記入の証明書を提出していただく場合があります。

不明な点は、保健室までお問い合わせください。Tel042-468-3260