

インフルエンザに関する登校申出書

年 組 番 氏名

○療養経過について

症状の発症	日 時	月 日 () : ごろ
	症 状	
医療機関名	日 時	月 日 () : ごろ
	医療機関名	
	診断名	インフルエンザ (A型 ・ B型 ・ C型 ・ 疑い)
	医師からの指示事項	
予防接種	有 ・ 無	有りの場合 接種時期 ①平成 年 月 日 ②平成 年 月 日
	その他 学校にお知らせ したいこと	
熱が下がった日時 月 日 () : ごろ		

※下記のいずれかに○を記入してください。

[] 医師から療養を指示された日 (月 日まで療養) が過ぎたので、本日より登校させます。

[] 発症後 (発症した次の日から) 5日を経過し、かつ、解熱後 (熱がさがった次の日から) 2日を経過したので、本日より登校させます。

益子町立七井小学校長 様

平成 年 月 日

保護者名

印