

学校感染症に関する出席停止解除願

児童生徒名 年 組 番 氏名

1. 感染症名（該当するものの□に✓印をつけてください。）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ（ 型）	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか）	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> その他（ ）

2. 症状等

発症した日時	令和 年 月 日 時頃
症 状	

3. 受診した医療機関等

受診した日時	令和 年 月 日 時頃
医療機関名	
医師からの指示事項	令和 年 月 日から登校が可能であると指示されました。

医師からの指示に基づき、本日より登校させることといたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

記入例

学校感染症に関する出席停止解除願

児童生徒名 3年 1組 16番 氏名 高根沢 町子

1. 感染症名（該当するものの□に✓印をつけてください。）

<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ（A型）	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか）	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

2. 症状等

症状が現れた日時	令和 ○年 ○月 ○日 ○時頃
症 状	発熱38度6分、全身の倦怠感、筋肉痛、頭痛、のどの痛み

3. 受診した医療機関等

受診した日時	令和 ○年 ○月 ○日 ○時頃
医療機関名	高根沢医院
医師からの指示事項	検査の結果、インフルエンザA型の判定が出た。 発症した後5日を経過し、かつ、熱が下がって2日経過したら登校可能であること。 イナビルを処方したので、きちんと吸入し、安静にすること。 令和 ○年 ○月 ○日から登校が可能であると指示されました。

医師からの指示に基づき、本日より登校させることといたします。

令和 ○年 ○月 ○日

保護者氏名 高根沢 町太郎