インフルエンザ・コロナウイルス・その他感染症等の治癒報告書

※登校に際してご家庭で記入していただき、学校(担任)へ提出してください。

一宮市立大志小学校長様

児童氏名　　年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診断名　インフルエンザ　コロナウイルス　その他の感染症（診断名　　）
（〇印をつけてください）

発症日　令和　　年　　月　　日（　　）

受診日　令和　　年　　月　　日（　　）　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

欠席期間　令和　　年　　月　　日（　　）～令和　　年　　月　　日（　　）

※学校保健安全法施行規則に基づいた期間を出席停止にします。

＜インフルエンザ（含:疑い）＞

発症した後５日を経過し、かつ、解熱した後２日を経過し、他に感染の恐れがないこと。

＜新型コロナウイルス＞

発症した後５日を経過し、かつ、症状が軽快した後１日を経過し、他に感染の恐れがないこと。

上記の通り治癒し、医師から登校許可が出ましたので報告します。

令和　　年　　月　　日　　保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿