

インフルエンザ（疑いを含む）治癒及び登校日報告書

加東市立東条学園小中学校長 様

____年 ____組 児童・生徒名 _____

上記の者は、インフルエンザが治癒しており、他に感染の恐れがないため、下記により登校させることを報告致します。

記

1 インフルエンザの型 A型 B型 不明
*該当するところに○をつけてください。

2 発症日（発熱等の症状が出た日：0日目） 令和____年____月____日（____）
*インフルエンザ様の症状（高熱、頭痛等）があまり出なかった場合の発症日は、主治医にご相談ください。

3 受診日・医療機関名 令和____年____月____日（____）

医療機関名 _____

4 発症日からの経過
・発症日（発熱等の症状が出た日）・・・月・日・曜日を記入してください。発症日を0日目とする。
・解熱日（体温が平熱に戻った日）・・・月・日・曜日を記入してください。解熱日を0日目とする。

【登校可能日 計算表】

発症日	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目
	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
解熱日	0日目	1日目	2日目	3日目						
	/ ()	/ ()	/ ()	/ 登校 可能日						

*発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで（発症後5日を経過しても解熱していない場合は、解熱日によって出席停止期間が延長されます。）

5 登校させる日 令和____年____月____日（____）

令和____年____月____日 保護者名（自書） _____