

登校許可願
(学校感染症 インフルエンザ用)

年 月 日

湘南学園幼稚園 園長殿

_____組・出席番号_____

園児氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

- *再登校の初日にこの「登校許可願」を担任にご提出ください。**
- *受診時にこの「登校許可願」を持参し、以下の項目で必要なことを医師に確認し、保護者をご記入ください。**

・インフルエンザの種類

インフルエンザ (A型・B型・検査をしなかった)

その他 (_____)

・主な症状 発熱 (38℃未満・38～40℃未満・40℃以上)

呼吸器症状 (咳・のどの痛み・鼻水・鼻づまり)

その他 _____

・医師から指導されたこと

・発症(発熱、咳・咽頭痛・鼻水などの症状が出た日)した日

_____年_____月 _____日

・インフルエンザと診断された日

_____年_____月 _____日

・治療薬を服用した日数 (_____) 日間

〃 期間 _____年_____月_____日 ～ _____年_____月_____日

・平熱になった日時 _____年_____月 _____日 _____時頃

・出席停止の期間 (インフルエンザによる早退・遅刻は出席停止になります。)

_____年_____月_____日 ～ _____年_____月_____日

・登校を許可された日

_____年_____月 _____日

・受診した医療機関名 _____

〃 所在地 _____

〃 医師氏名 _____