

湘南学園小学校校長殿

_____年_____月_____日

_____年_____組・出席番号_____番

児童氏名_____

保護者氏名_____ 印

学校感染症インフルエンザ用 登校許可願い

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

- ・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 _____月_____日
- ・インフルエンザと診断された日 _____月_____日
- ・治療薬を服用した日数・期間
（_____）日間 _____月_____日 ～ _____月_____日
- ・平熱になった日時 _____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。）
_____月_____日 ～ _____月_____日
- ・登校を許可された日 _____月_____日
- ・受診した医療機関名 _____
- 〃 所在地 _____
- 〃 医師氏名 _____