

児童氏名 _____

保護者氏名 _____

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 _____