

登校許可願
(学校感染症 インフルエンザ用)

年 月 日

湘南学園中学校高等学校長殿

中・高 _____年_____組・出席番号_____

生徒氏名 _____ 部活 _____ 部

保護者氏名 _____ 印

- * 再登校の初日にこの届けを担当にご提出ください。**
- * 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、保護者にご記入ください。**

- ・インフルエンザの種類
インフルエンザ A 型・インフルエンザ B 型・検査をしなかった
その他 (_____)
- ・主な症状 発熱 (37℃台・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
- ・登校を許可された日 _____年_____月 _____日
- ・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
- ・インフルエンザの予防接種 (○をつけて下さい)
接種した ・ 接種していない
- ・受診した医療機関名 _____
" 所在地 _____
" 医師名 _____