

登校許可証明（インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症）

湘南学園中学校高等学校 中・高 年 組 氏名

保護者名



◆該当する項目に○をつけ、必要事項を保護者が記入して下さい。

◆再登校の初日に、保健室へ提出し健康観察を受けてから教室へ行ってください。

《 》陽性と診断された場合

罹患病名

※該当する方に☑を記入

インフルエンザ 型 : 診断を受けた医療機関名: _____

新型コロナウイルス感染症: 診断を受けた医療機関名: _____

自宅で検査をした場合 使用した検査キット名: _____

◇検査日: 月 日実施 PCR検査 ・ 抗原検査 ・ みなし陽性判断 ・ インフルエンザ検査

◇症状の有無: なし ・ あり(発症した日: 月 日、症状: _____)

◇平熱になった日時: 年 月 日 時頃

◇コロナ陽性者の自宅療養期間: 年 月 日～ 年 月 日まで

(※自宅療養期間終了後の体調不良により欠席は、医療機関の受診や指示がなければ出席停止となりません。)

◇出席停止期間: 年 月 日～ 年 月 日まで(遅刻・早退を含む)

《 》感染が疑われる症状があった場合

※症状が翌日まで続く場合は、医療機関を受診して下さい。

◇症状: 発熱(°C)・ 咳 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ 倦怠感 ・ 関節痛 ・ その他(_____)

◇受診: 受診あり ・ 受診せず自宅で休養 [投薬や指示内容]

◇医療機関名: _____

◇診断名: _____

◇検査の必要性: なし ・ あり (PCR検査・抗原検査・インフルエンザ検査): 月 日実施し陰性

◇登校を許可された日: 年 月 日

◇出席停止期間: 年 月 日～ 年 月 日まで(遅刻・早退を含む)

《 》新型コロナワクチン接種後の副反応が出た場合

◇ワクチン接種日: 年 月 日

◇症状: 発熱(°C)・頭痛・倦怠感 ・ その他(_____)

◇出席停止期間: 年 月 日～ 年 月 日まで(副反応での早退を含む)

《 》その他の理由で登校を自粛した場合

※医療ケア及び基礎疾患があり重篤化するリスクが高い場合や、感染予防等を含む

◇事由(_____)

◇出席停止期間: 年 月 日～ 年 月 日まで

【学校記入欄】※保健室で健康観察を受けてから、受理して下さい。

※確認後は、保健室で保管します。

保健室	担任

提出日(月 日)