

インフルエンザ・新型コロナ 療養報告書

中学・高校 年 組 (部活動 部)

生徒氏名

疾患名 (どちらかに○をつけてください)	インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症
発症日 (インフルエンザの場合発熱日、 コロナ無症状の場合は検体採取日)	令和 年 月 日
受診医療機関名	(受診日もしくは検査日 年 月 日)
検査方法	PCR ・ 抗原 ・ 抗原キット (自宅) ・ みなし
登校日	令和 年 月 日

□インフルエンザ (A型・B型・未判定)

チェック	出席停止期間の基準
1	発熱日(発熱した日)を「0」とし翌日から数え5日経過している
2	解熱後2日を経過している→朝から平熱に戻った日を1日と数えます
3	登校しても活動できる状態に回復している <input type="checkbox"/> 咳がひどくない <input type="checkbox"/> 食欲がある <input type="checkbox"/> 1日中起き上がっていてもつらくない

□新型コロナウイルス感染症

チェック	出席停止期間の基準
1	発症日(又は検体採取日)を「0」とし翌日から数え5日経過している
2	症状が軽快した後1日を経過している(次のような状態に戻った日を1日目とします) <input type="checkbox"/> 朝から平熱に戻っている <input type="checkbox"/> 咳がひどくない
3	登校しても活動できる状態に症状が回復している

*発症から10日を経過するまではマスク着用のご協力をお願いします。

上記の通り相違ありません。出席停止期間を全て満たしましたので、本日より登校します。

令和 年 月 日 保護者氏名 印

【こちらは学校で記入します】

出席停止期間 : 令和 年 月 日～令和 年 月 日
