

学校感染症罹患報告書(保護者記入)

令和 年 月 日

兵庫県立上郡高等学校長 様

年 組 生徒名

保護者名(自署)

下記の通り療養していたことを報告いたします。

病名	☐ インフルエンザ(A・B) ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ その他()
【出席停止期間の基準】	インフルエンザ：発症日翌日から5日を経過し、かつ、解熱した翌日から2日を経過するまで 新型コロナウイルス感染症：発症日翌日から5日を経過し、かつ、症状が軽快した翌日から1日を経過するまで その他の感染症：学校保健安全法施行規則第19条で定められた期間
発症日	令和 年 月 日()
医師の指示による療養期間	令和 年 月 日()～令和 年 月 日()まで
医療機関名 受診日	(令和 年 月 日())
発生原因 または 感染経路	(例：教室・部活動・自宅等で感染)
臨床症状の概要	(例：咳・鼻水・のどの痛み・だるさ・発熱・嘔吐・下痢・関節痛等)

※ 学校感染症に罹患が確認できるもの（薬処方箋や調剤説明書、薬袋のコピーで患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記されたもの）を添付する。

学校感染症による出席停止について(担任記入)

【出席停止を指示した日】 令和 年 月 日（ ）

【出席停止期間】 令和 年 月 日() 限 ～ 令和 年 月 日() 限まで

※出席停止の措置は教務規定による