

感染症登校許可願（インフルエンザ）

保護者の方へ

この文書は、保護者が記入してください。医療機関で証明や記入をしてもらう必要はありませんが、薬剤情報用紙等、インフルエンザで受診したことを証明できる書類のコピーを裏面に添付してください。

令和 年 月 日

兵庫県立明石清水高等学校長 様

年 組 番 生徒名 (男・女)

保護者名 印

医療機関で
お聞きください

《例》

		①発症後最低5日間は登校できません						
	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日にち	1/20	1/21	1/22	1/23	1/24	1/25	1/26	
熱が下がった日に○			○	1日目	2日目		登校可能	
日にち	1/20	1/21	1/22	1/23	1/24	1/25	1/26	1/27
熱が下がった日に○					○	1日目	2日目	登校可能

②熱が下がった後2日を過ぎるまでは登校できません

※インフルエンザは①②の2つの条件を満たさなければ登校できません

《記入欄》

	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日にち (曜日)	/ ()							
熱が下がった日に○								

《受診した医療機関名》 _____

《受診日》 月 日 ()

《登校日》 月 日 ()

年 組 番 名前

薬剤情報用紙(写し)添付欄

※薬剤情報用紙など、インフルエンザで受診したことを証明できる書類の写しを添付してください。

※「インフルエンザウイルス抗原定性」のみ記載の書類は不可です。