

保護者が記入

インフルエンザ 登校許可願い

聖心女子学院 _____ 年 _____ 組 _____ 番

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 診断を受けた医療機関： _____

2. 診断日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（診断型 A型 B型 不明）

3. 登校再開日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

（登校再開は下記の出席停止期間の基準1と2両方を満たした翌日となります。）

* 下記に「発症日」と「解熱した日」を記入してください。

出席停止期間の基準	
基準 1	発熱等の症状が出た日（発症日）を0日とし、翌日から数えて5日を経過している。 →発症日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
基準 2	解熱した日を0日とし、翌日から数えて2日を経過している。 →解熱した日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の通り、療養しました。保護者として責任をもって報告いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印

解熱した後も症状が続く場合には、医師の診察を受けてから登校してください。その場合には医師による「登校許可証」をご提出ください。

保護者が記入

新型コロナウイルス感染症 登校許可願い

聖心女子学院 _____ 年 _____ 組 _____ 番

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 診断を受けた医療機関： _____

2. 診断日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 登校再開日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
(登校再開は下記の出席停止期間の基準を満たした翌日となります。)

* 下記に「発症日」を記入してください。

出席停止期間の基準	
基準	発熱等の症状が出た日（発症日）を0日とし、翌日から数えて5日を経過している。 →発症日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の通り、療養しました。保護者として責任をもって報告いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印

解熱した後も症状（強い咽頭痛や激しい咳など）が続く場合には、医師の診察を受けてから登校してください。その場合には医師による「登校許可証」をご提出ください。