

<コロナウイルス感染症・インフルエンザ用>

罹 患 報 告 書

光ヶ丘女子高等学校

年 組 番 氏名

保護者氏名

<経過> ※発症日からの日付、発熱・症状の有無を記入してください。

発症からの 日 数	0 日目 発症日	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/
発熱の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他の 症状の有無 (咳,頭痛等)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

【出席停止期間】

○コロナウイルス感染症

発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで

○インフルエンザ

発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで

診 断 名 : コロナウイルス感染症 ・ インフルエンザ(型)

※○をつけてください。インフルエンザの型が分かる場合は記入してください。

発 症 日 : R 年 月 日 () …診断されるきっかけとなった症状がみられた日

受 診 日 : R 年 月 日 ()

受診医療機関名 :

欠席した期間 : R 年 月 日 () ~ R 年 月 日 ()

※ この用紙は医療機関で記入してもらう必要はありません。

※ 欠席した期間は土日も含めて記載してください。

登校を再開する際には、保護者の方がこの報告書に必要事項を記入していただき、医療機関を受診した場合は発行された書類(領収書・処方箋等)の写しと併せて担任へ提出をお願いします。