

大和市立光丘中学校

感 染 症 治 ゆ 届

この治ゆ届は、保護者が記入してください。医療機関の証明は必要ありません。

児童生徒名 (年 組)

感染症名 該当するものに○または、記入をしてください。

- 1、インフルエンザ (A ・ B ・ 不明)
- 2、新型コロナウイルス感染症
- 3、その他 ()

症状 該当するものに○または、記入をしてください。

- 1、発熱 (. °C)
- 2、頭痛
- 3、倦怠感
- 4、咳
- 5、咽頭痛
- 6、下痢
- 7、腹痛
- 8、嘔吐
- 9、その他 ()

休んだ期間 月 日 ~ 月 日まで 日間 (*1)

医療機関名 (*2)

保護者名

出席停止期間について

感染症名	出席停止期間*1
インフルエンザ	発症後5日を経過、かつ解熱後2日を経過するまでです。
新型コロナウイルス感染症*3	発症後5日を経過、かつ症状軽快後1日を経過するまでです。
その他*4	学校医と相談の上、感染状況等により学校長が必要と決めた感染症については、提出をお願いします。

きりとり

*1 期間は「発症した日」を0日として数えます。

*2 ご家庭で新型コロナウイルス感染症検査キットにより陽性の場合、医療機関名の欄にその旨をご記入ください。

*3 発症から10日間が経過するまでは、ウイルス排出の可能性があるので、周りの方への配慮としてマスクの着用を推奨いたします。

*4 「その他の感染症」として扱う疾病については、当面本市においては、流行・蔓延又はその恐れがある場合に、学校医及び関係機関と協議をします。