

大和市立引地台小学校長

感染症治癒届

この治癒届は、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型 ・ B型 ・ 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

Table with 2 columns: 感染症名, 出席停止期間*1. Rows include インフルエンザ, 新型コロナウイルス感染症*3, and その他*4.

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。