

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症治癒届

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 ・ B ・ 不明)
- 2、新型コロナウイルス感染症

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)

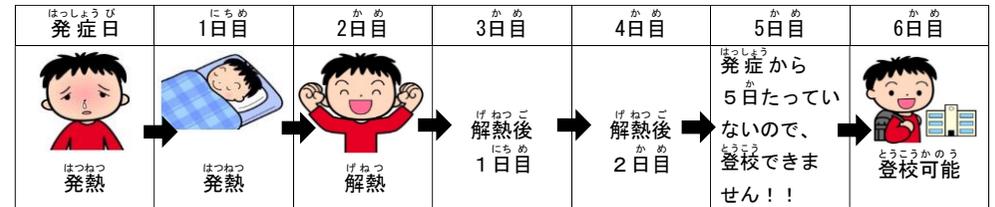
保護者名

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*4後1日を経過するまでです。

*1 期間は「発症した日」を0日として数えます。

〈インフルエンザの場合〉



〈新型コロナウイルス感染症の場合〉



*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は、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 症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にある状態です。