大和市立下福田小学校

校長　遠藤　昌司

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（　　．　℃）　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

きりとり

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定した感染症については、提出をお願いします。

＊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ことから、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。