

保護者様

帝塚山中学校 校長

インフルエンザ/新型コロナウイルス感染症による出席停止について

インフルエンザ および 新型コロナウイルス感染症と診断された場合は、出席停止となります。
下記の「インフルエンザ/新型コロナウイルス感染症出席停止証明書」に保護者が記入・捺印の上、**受診・罹患を証明できるもの（「検査結果」「処方薬説明書」等いずれかのコピー）を併せて学校に提出してください。**

	出席停止期間	添 付 す る も の (罹患を証明できるもの)
インフルエンザ	発症した後(発熱した日を0日目とする)、5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで	<input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 処方薬説明書
新型コロナウイルス感染症	発症後(発症した日を0日目とする)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 ※無症状の感染者の場合:検体を採取した日から5日を経過するまで ※発症から10日を経過するまでは、マスクの着用が推奨されています。	<input type="checkbox"/> お薬手帳のコピー (診療日の処方分のページ) いずれかのうち1つと一緒に提出してください。

インフルエンザ/新型コロナウイルス感染症による出席停止証明書 保護者記入

帝塚山中学校

年 組 番 生徒氏名

病 名 インフルエンザ / 新型コロナウイルス感染症

↑当てはまる病名に○をつけてください。

発症日	年 月 日
受診日 または 検査日	年 月 日
期間	月 日 ~ 月 日 ＊医師より登校を控えるよう指導された期間を記入してください。
医療機関名	

年 月 日

保護者氏名

印

※学校記入欄

担任 月 日	→	保健室 確認 月 日	→	教頭 確認 月 日	→	サーベイランス 入力 月 日	→	教務部 保管 月 日
-----------	---	------------------	---	-----------------	---	----------------------	---	------------------