

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症 り患届

大阪府立貝塚高等学校長 様

年 組 番 名前

1. 該当欄に ☒ チェックを入れてください。

- ☐ インフルエンザ(A 型 ・ B 型)
☐ 新型コロナウイルス感染症

2. 上記疾患による療養期間(医師より指示された療養期間)

令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

3. 受診した医療機関名

4. 検査キットを使用した場合、検査日を記入してください。

令和 年 月 日 ()

令和 年 月 日

保護者名(自署)

※医療機関での証明は必要ありません。保護者の方がご記入後、担任までご提出ください。

～参考～

疾患名	出席停止となる期間の基準
インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
新型コロナウイルス感染症	発症した後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

担任⇒保健室