

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症専用 登校届

【提出先】東京都立小台橋高等学校

年 組 番 生徒氏名

● 医療機関の皆様へ

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症と診断した際は、太枠部分の記入にご協力をお願いいたします。（受診時に様式がなかった場合は、診断の結果を保護者が記入してください。）

診 断 名 (該当するものに☑または○)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型 ・ B型 ・ 不明)
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
診断した医療機関名 (ゴム印等の押印可)	
受診した日	令和 年 月 日 ()
発症した日 ※コロナ無症状の場合は検査日	令和 年 月 日 ()

● 保護者の皆様へ

下記をご記入の上、受診したことが分かる書類（領収書等のコピー）と合わせて学校までご提出ください。

○療養期間中の記録

発症からの 日数	0日目 (発症日)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
解熱した日 症状軽快した日 (該当日※に○)									

※インフルエンザの場合は解熱した日、新型コロナウイルス感染症の場合は症状軽快した日

○下記の出席停止期間の基準を満たしていれば、チェック☑を入れてください。

【インフルエンザ】 <input type="checkbox"/> 発症後5日を経過しました。 <input type="checkbox"/> 解熱した後2日を経過しました。 【新型コロナウイルス感染症】 <input type="checkbox"/> 発症後（無症状の場合は検査日から）5日経過しました。 <input type="checkbox"/> 症状が軽快して1日を経過しました。
--

上記2つの基準を満たし、集団生活に支障がない状態ですので、令和 年 月 日より登校を再開します。

保護者氏名（自署）