

出席停止解除願い (インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症用)

千代田区立富士見小学校長

児童・生徒名

症状も回復し集団生活に支障がない状態になったので、出席停止の解除をお願いします。

年 月 日

発 症 日 <small>※インフルエンザの場合は発熱した日 ※コロナ無症状の場合は検査した日</small>	年 月 日
受 診 日	年 月 日
休むよう 指示のあった期間	年 月 日 まで
医療機関名	

保護者署名(自署)

該当する病名に○をつけてください。

○	病 名	登校のめやす(登校を控える期間)
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ (A ・ B ・不明)	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
<input type="checkbox"/>	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日を経過すること(無症状の感染者の場合は、検体採取日を0日目として、5日を経過すること。)

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	/	/	/	/	/	/	/	/	/
その日の 最高体温									
解熱した日 症状が軽快し た日(○印)									

※必要事項を保護者が記入して、治癒後の登校日に提出してください。

※登校のめやすの数え方は、発症日を0日目とし、登校のめやすの期間を経過するまでです。順調に回復した場合は、治癒を確認するための再受診は不要です。(医師からの指示があった場合はそれに従ってください。)
また順調に回復せず、登校のめやすの期間を経過しても、症状がある場合は再度受診をしてください。