

保健	担任

インフルエンザ・新型コロナウイルスに係る報告書

大阪府立成城高等学校（定時制の課程）

年 組 番 名前

1. 診 断 名 インフルエンザ（ 型 ） *どちらかに○をしてください。
 新型コロナウイルス インフルエンザの場合は、何型かも
 記入してください。

2. 医療機関住所

3. 医 療 機 関 名

4. 上記疾患による罹患期間

令和 年 月 日（ ）から

令和 年 月 日（ ）まで（ ）日間

※インフルエンザは「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」出席停止

① 発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目～ 登校可能
/	/	/	/	/	/	/

② 解熱日	1日目	2日目	3日目～ 登校可能
/	/	/	/

*新型コロナウイルスは「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」出席停止

① 発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目～ 登校可能
/	/	/	/	/	/	/

② 症状軽快日	1日目	2日目～ 登校可能
/	/	/

*「検査結果」または「処方箋」等のコピーを提出してください。

以上報告します。

令和 年 月 日（ ）

保護者名