

八重山高等学校長

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症快復届

年 組 番 氏 名

1. 症状出現日： 月 日

2. 下記の医療機関で インフルエンザ（ A型 ・ B型 ・ 陰性 ）／ 新型コロナウイルス感染症 と診断されました。

※〇印して下さい。

受診月日： 月 日

医療機関名：

受診時の、調剤説明書または、領収書等のコピーを添付して提出して下さい。

3. 出席停止期間

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

新型コロナウイルス感染症 ⇒ 発症した後 5 日を経過し、症状軽快後 1 日を経過

4. 検温結果

発症日数	体温測定月日時	測定時間：体温				測定時間：体温			
発症：0日目	月 日	午前	時	分：	度	午後	時	分：	度
1 日目	月 日	午前	時	分：	度	午後	時	分：	度
2 日目	月 日	午前	時	分：	度	午後	時	分：	度
3 日目	月 日	午前	時	分：	度	午後	時	分：	度
4 日目	月 日	午前	時	分：	度	午後	時	分：	度
5 日目	月 日	午前	時	分：	度	午後	時	分：	度
6 日目	月 日	午前	時	分：	度	午後	時	分：	度
7 日目	月 日	午前	時	分：	度	午後	時	分：	度

※発症日（症状出現日）を 0 日目とし、5 日を経過するまでは出席停止となります。

発熱期間が長く、解熱 2 日が記録できない場合は、別の記録用紙を添付するなどして下さい。

令和 年 月 日

保護者氏名：

印

※急性呼吸器感染症の症状（発熱・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛等）が続くようであれば、病院受診をするようお願いします。学校において感染拡大を防ぐため受診結果は、学校へ連絡して下さい。