

出席停止用

受診報告書（保護者記入）

学 校 名 茨城県立鉾田第一高等学校・附属中学校

生 徒 氏 名 (中・高 年 組)

以下のとおり医師の診断（指示）を受けましたので報告いたします。

病名（診断名） 疑い・確定

※1 インフルエンザの疑いで受診した場合（該当に○）

（インフルエンザ判定： A 型 ・ B 型 ・ 陰性 ）

※2 新型コロナウイルス感染症の疑いで受診した場合（該当に○）

（PCR 検査： 陽性 ・ 陰性 ） （抗原・抗体検査： 陽性 ・ 陰性 ）

受 診 年 月 日 令和 年 月 日

発 症 年 月 日 令和 年 月 日（発症日は0日目とする）

出席停止期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

記 入 年 月 日 令和 年 月 日

保 護 者 氏 名 印

※ 診断を受けた医療機関について記入し、受診の証明となる診療費明細書等（コピー可）を必ず添付してください。（必要に応じて診断書の提出を求める場合もあります）

医療機関所在地 市・町

医 療 機 関 名 病院・医院・診療所・クリニック

- 注意1** インフルエンザの出席停止期間は「発症した後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで」となっています。治療薬により発症から1日～2日で解熱することもあります。出席停止期間中は自宅での療養をお願いいたします。
- 注意2** 新型コロナウイルス感染症の出席停止期間は「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」となります。また、出席停止解除後、発症から10日を経過するまでは、マスクの着用を推奨します。
- 注意3** 上記※1、2で受診し、判定が陰性であった場合も結果が出るまでは出席停止となります。