

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)

病名（診断名） 疑い・確定

(インフルエンザ判定: A 型 ・ B 型 ・ 陰性)

(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 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。