

**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）	<u>_____</u>	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	<u>令和 年 月 日</u>	
発症年月日	<u>令和 年 月 日</u>	（発症日は0日目とする）
出席停止期間	<u>令和 年 月 日～令和 年 月 日</u>	

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日で解熱することがありますが、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。