

サレジオン国際学園世田谷中学高等学校 校長 殿

インフルエンザ・新型コロナ〔受診・罹患〕証明書

年 組 氏名：

保護者氏名：

1) ①、②のどちらかに○をしてください。(②については該当する項目にチェックをお願いします。)

① 上記の者が、インフルエンザ・新型コロナの疑いにより受診し、検査結果が陰性であったことを証明いたします。

② 上記の者が、☐ [インフルエンザ (A 型・B 型・その他：)]☐ [新型コロナウイルス感染症]

に罹患したことを証明いたします。

2) 以下の項目について、漏れなくご記入ください。

体温・症状など *具体的にご記入ください。	体温 _____℃	症状など...
受診医療機関名		
医療機関電話番号		
医療機関受診日	年 月 日 ()	
医師等の指示事項 *具体的にご記入ください。		

3) インフルエンザ・新型コロナに罹患した際には、下表に日付・体温・登校再開日をご記入ください。(解熱した日に○をしてください。)

※両疾病において、症状が軽快しても 5 日目までは学校をお休みください。

	発症日	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
日付	/	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
解熱日								

※1 出席停止期間は、発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後インフルエンザは 2 日、新型コロナは 1 日を経過するまでです。

(例：5 日目に解熱した場合、インフルエンザは 8 日目に登校、新型コロナは 7 日目に登校となります。)

※2 微熱が続く・咳が出るなど、症状が一週間以上残る場合には、医療機関を再受診してください。

登校再開日 年 月 日