

# 回復届

中学 / 高校 年 組 番

生徒氏名

(保護者が必ず記入してください。□にはレを記入してください。)

疾患名	
発症日	令和 年 月 日
診断日	令和 年 月 日 医療機関名：
症状	<input type="checkbox"/> 熱( °C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他( )
自宅療養期間 ※	令和 年 月 日 ~ 月 日
登校日	令和 年 月 日
その他の参考となる事項 (医療機関からの指示等)	

※自宅療養期間は学校保健安全法による学校感染症の出席停止期間に準ずるものとします。

この用紙は担任に提出してください。

上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名 (印)