

インフルエンザに伴う出席停止について

インフルエンザにかかった場合は、「学校保健安全法」により出席停止扱いとなります。

- 医師の診断を受け「インフルエンザ」と診断される。
- 学校に「インフルエンザ」と診断されたことを連絡する。
- 医師の診断により治ゆし、登校が許可されましたら、キリトリ線の右側「インフルエンザ治ゆ届け」を保護者の方が記入し、登校時に提出してください。

※ 医療機関の証明は必要ありません。

＝出席停止について＝

登校可能日・・・発症日翌日から5日間が経過して、かつ、
解熱日（平熱に戻った日）の翌日から数えて3日目

発症日から 日・曜日を入れてください。

	日	()	()	()	()	()	()	()	日
発症日	発症後1日目	発症後2日目	発症後3日目	発症後4日目	発症後5日目	発症後6日目	発症後7日目		
例①	発症 解熱	休	休	休	休	休	休	休	登校可
②	発症 解熱	休	休	休	休	休	休	休	登校可
③	発症 発熱	解熱	休	休	休	休	休	休	登校可
④	発症 発熱	発熱	解熱	休	休	休	休	休	登校可
⑤	発症 発熱	発熱	発熱	解熱	休	休	休	休	登校可

(学校提出用)

インフルエンザ治ゆ届

学 校 名 座間市立 相模野小学校

児童生徒名 _____ (_____ 年 _____ 組)

医療機関名 _____

***左の表で確認してください。**

発症日 (症状が出た日) _____ 月 _____ 日

解熱日 (平熱に戻った日) _____ 月 _____ 日

登校可能日 _____ 月 _____ 日

出席停止期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

インフルエンザの型 _____ 型 (不明の場合は空欄)

上記の医療機関で治ゆしたと診断されましたので届け出ます。

年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____

※保護者の方が記入し学校へ提出してください。
医療機関の証明は必要ありません。