

保護者 様

座間市立東中学校長

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」を保護者の方が記入し、登校時に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。

(出席停止期間について)

登校可能日・・・発症の翌日から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

発症後5日(発症日を入れ6日間)は解熱後3日を過ぎていても登校できません。

発症日から日・曜日を記入してご確認ください。

		() 日	() 日	() 日	() 日	() 日	() 日	() 日	() 日	
		発症後								
		0日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
例1	発症日に解熱	発症 解熱	休	休	休	休	休	登校可		
		出席停止								
例2	発症後1日目に解熱	発症	解熱	休	休	休	休	登校可		
		出席停止								
例3	発症後2日目に解熱	発症	発熱	解熱	休	休	休	登校可		
		出席停止								
例4	発症後3日目に解熱	発症	発熱	発熱	解熱	休	休	登校可		
		出席停止								
例5	発症後4日目に解熱	発症	発熱	発熱	発熱	解熱	休	登校可		
		出席停止								
例6	発症後5日目に解熱	発症	発熱	発熱	発熱	発熱	解熱	休	登校可	
		出席停止								

(学校提出用)

インフルエンザ治ゆ届

学 校 名 座間市立 東 中 学校

生 徒 名 _____ (年 組)

医 療 機 関 名 _____

*左側の表で確認し、ご記入ください。

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)

上記のとおり、治ゆしたと診断されましたので届け出ます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ (印)

※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。

キ
リ
ト
リ