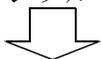


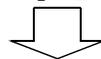
インフルエンザに伴う出席停止について

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になります。

○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癒し、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下さい。

*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・・・発症日翌日から5日間が経過していて、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・曜日を入れて下さい。

	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	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
例①	発症 解熱	休	休	休	休	休	登校可
	解熱翌日から3日目でも発症翌日から5日以内は登校できません						
②	発症	解熱	休	休	休	休	登校可
③	発症	発熱	解熱	休	休	休	登校可
④	発症	発熱	発熱	解熱	休	休	登校可
⑤	発症	発熱	発熱	発熱	解熱	休	登校可

(学校提出用)

インフルエンザ治ゆ届

学 校 名 _____

児童生徒名 _____ (年 組)

医療機関名 _____

キ *左側の表で確認してください。

発症日（症状が出た日） _____ 月 _____ 日

リ 解熱日（平熱に戻った日） _____ 月 _____ 日

ト 登校可能日 _____ 月 _____ 日

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

リ 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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

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