

保護者 様

座間市立南中学校長

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。

- 医師の診察を受け「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してください。
- 医師の診断により治ゆし、登校が許可されたら、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・・・発症日翌日から5日間経過していて、かつ、
解熱(平熱に戻った日)の翌日から数えて3日目

発症日から日付を入れてください。

日付	(/)	/	/	/	/	/	/
発症日 0日目	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	登校可能	
例 2 発症	解熱	休	休	休	休	登校可能	
例 3 発症	発熱	解熱	休	休	休	登校可能	
例 4 発症	発熱	発熱	解熱	休	休	登校可能	
例 5 発症	発熱	発熱	発熱	解熱	休	休	登校可能

発症から6日間は、解熱後3日目でも登校できません。

(学校提出用)

インフルエンザ治ゆ届

学 校 名 座間市立 南 中 学校

生 徒 名 _____ (年 組)

医療機関名 _____

*左側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

学校を休んだ期間 _____ 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