

保護者様

座間市東原小学校長

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。
- ↓
- 登校が可能になりましたら、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・曜日を入れてください。

	日 ()	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	発症後 7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	休	登校可

キ
リ
ト
リ
線

(学校提出用)

インフルエンザ治ゆ届

学 校 名 座間市立 東原小学校

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）

令和 _____ 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。