

保護者様

座間市立立野台小学校長

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。

医療機関で、医師に「インフルエンザ」と診断される



学校へ「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、登校の許可が出たら、保護者が「インフルエンザ治ゆ届」(右側)に記入をして、登校時に学校へ提出する

※ 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＝

発症日翌日から5日間が経過し、かつ、
解熱した翌日から2日が経過するまで

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 0日	発症後 1日	発症後 2日	発症後 3日	発症後 4日	発症後 5日	発症後 6日	発症後 7日
例 ①	発症 解熱	休	休	休	休	休	登校可	
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

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

(学校提出用)

インフルエンザ治ゆ届

学 校 名 座間市立立野台小学校

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。

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。

キ
リ
ト
リ
線