保護者様

座間市立ひばりが丘小学校長

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。

⇩

○　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 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	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

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　ひばりが丘小学校

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。

平成　　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。