

(保護者記入)

インフルエンザ 治癒報告書

学 校 名 智学館中等教育学校

生 徒 氏 名 _____ (年次 組)

疾 病 名 インフルエンザ (A ・ B ・ 疑い)

出席停止期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

受診医療機関 _____

受 診 日 _____ 年 月 日

発 症 日 _____ 年 月 日 ※38℃以上の発熱等インフルエンザ様症状が出現した日

解 熱 日 _____ 年 月 日

上記の疾病は、登校に支障のない状態まで治癒したことを報告します。

_____ 年 月 日

保護者名 _____ ⑩

<インフルエンザの出席停止期間>

「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで」出席停止期間となります。

発症日から数えると、6日間の出席停止が必要となります。解熱した日によって出席停止期間が延長されていきます。(学校保健安全法に準じる)

※受診を証明できるもの(受診日、生徒氏名のある処方薬の説明書)の写しを裏面に貼付して下さい。