インフルエンザ登校届

校長　あて

年　　組　　児童・生徒氏名

インフルエンザの型（〇をつける）	A型　・　B型　・　不明
受診した医療機関名	
インフルエンザの診断を受けた日 （薬を処方された日）	令和　　年　　月　　日
登校を再開する日	令和　　年　　月　　日

	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
日の 最高体温	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃

インフルエンザのため欠席させておりましたが、登校を再開しますので連絡します。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名　　㊞

＊インフルエンザによる登校を再開する日の目安

0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	発症後 5日以内	**登校再開 可能日**	
発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	**登校再開 可能日**	
発熱	発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	**登校再開 可能日**

＊インフルエンザの出席停止期間の基準

発症した日の翌日から5日を経過し、かつ解熱した日の翌日から2日を経過するまで出席停止とする。

解熱した後も呼吸器症状（咳、痰）が続く場合には、主治医の診察を受けてから登校してください。