

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 (○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

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	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C

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 _____ (印)

*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	<u>登校再開 可能日</u>	
発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	<u>登校再開 可能日</u>	
発熱	発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	<u>登校再開 可能日</u>

*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。