

インフルエンザ感染による出席停止届

天理小学校

()年()組 児童名 ()

保護者氏名()

お子さまが罹患した感染症と期間について、医師の診察後、保護者の方がお書きください。

1. 診断日と医療機関名

令和()年()月()日 医療機関名()

2. 病名(該当するものに○をしてください)

	インフルエンザA型
	インフルエンザB型
	その他 ()

3. 健康観察表

体温と健康状態をご記入ください。(○…ある △…少しある ×…ない)

	体温			頭痛	喉の痛み	咳	鼻水	腹痛	おう吐	下痢
	朝	昼	夕							
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										

4. 登校停止期間

インフルエンザ罹患時は「発症後5日経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで登校停止」となります。

自 令和 年 月 日 ~ 至 年 月 日