

様式 I

※保護者の方が記入してください

インフルエンザ罹患届

年 月 日

兵庫県立東播工業高等学校長 様

年 組 番 生徒名

保護者名

以下のとおり医師の診断および出席停止とする期間の指示を受けましたので、届け出ます。

診 断 名	インフルエンザ () 型
発 症 日	令和 年 月 日 ()
出席停止の期間	令和 年 月 日 () から令和 年 月 日 () まで
受診医療機関名	

- ・この用紙は、医師の指示を確認し、保護者様が記入してください。
- ・ある場合は病気にかかったことが確認できるもの（検査結果のコピー、薬の説明書のコピーなど。有料の証明書を発行してもらう必要はありません。）、無い場合は受診したことが確認できるもの（医療費明細書や調剤説明書のコピー等、生徒名・日付・医療機関名等が記入されたもの）を添付してください。

インフルエンザの出席停止基準は「発症後（発熱の翌日を1日目として）5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで」です。抗ウイルス薬によって早期に解熱した場合も感染力は残るため、発症した後5日を経過するまでは出席停止です。学校での蔓延を防ぐため、医師の指示に従ってください。
※療養に6日以上を要する場合、医師による診断書の提出をお願いすることがあります。

担任印または
サイン

担任 → 原本を教頭席横箱または保健室まで