

\*この連絡票は、保護者の方が記入してください。  
 \*医療機関への受診やインフルエンザと診断されたことがわかる書類(処方された薬の袋や説明書、医療機関名と日付が記載された領収書等、いずれか一部)のコピーを添付してください。

## インフルエンザに係る連絡票

年 組 番 名前 \_\_\_\_\_

## 1. インフルエンザ(疑いを含む)と診断された医療機関

受診年月日	令和 年 月 日
医療機関名	
医療機関の住所・電話番号	TEL( ) -

## 2. 自宅療養していた期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
---------------------

発症日	1日目 (発症日翌日)	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目以降 登校可能
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

解熱日	1日目 (解熱日翌日)	2日目	3日目以降 登校可能
月 日	月 日	月 日	月 日

## 3. 学校への連絡事項等

--

令和 年 月 日

保護者名: \_\_\_\_\_

【出席停止の基準】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

\*発症日翌日、解熱日翌日を1日目と数えます。

\*発症から5日を経過しても、解熱してから2日を経過しなければ登校はできません。

※出席停止期間は基準であり、病状により医師において感染のおそれがないと認められる場合についてはこの限りではありません。その場合は「学校への連絡事項等」の欄に、その旨を記入してください。