

保 護 者 様

インフルエンザとの診断を受けた場合、学校保健安全法第19条の定めにより、学校における流行の蔓延を防止するために出席停止の措置をとることになっています。

医療機関からの「学校伝染病についての勧告書」が発行されなかった場合には、この用紙に必要事項を記入の上、裏面に診察時の領収書のコピーを添付して速やかに担任に提出してください。また、この報告書は単位取得に係わる出席日数の資料となります。

## インフルエンザ状況報告書

〈出席停止期間の基準〉

**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**

(インフルエンザ治療薬を服用中は、経過観察が必要ですので、医師の指示に従ってください。)

福井県立奥越明成高等学校長 様

次のとおり報告いたします。

- 1 生徒氏名 \_\_\_\_\_ 年 組 \_\_\_\_\_
- 2 医療機関名 \_\_\_\_\_
- 3 診 断 名 (いずれかに○を付けてください)  
( ) インフルエンザ  
( ) インフルエンザ A 型  
( ) インフルエンザ B 型
- 4 発 症 日 (症状が出始めた日) \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 5 出席停止期間 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

以上、間違いありません。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

**裏面に診察時の領収書のコピーを添付してください。**