

インフルエンザによる自宅療養について

出席停止期間を明確にするため、
保護者が記入してご提出ください。

()年()組()番 氏名()

保護者氏名()印

診 断 名 _____

医 療 機 関 _____

受 診 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発症した年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

解 熱 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

登 校 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出席停止期間

発症した日の翌日から7日間は出席停止になります。

7日間たっても解熱しない場合は、解熱後2日間までが出席停止となります。