

保護者様

大阪府立天王寺高等学校

インフルエンザに罹患した場合は出席停止になります。病院受診時、自宅療養期間を医師に確認の上、
登校する際には下記の報告書に必ず保護者が記入捺印し、担任へ提出してください。

なお、インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症以外の“学校において予防すべき感染症”の場合は、
従来通り医師の証明による書類（感染症に関する意見書）を提出してください。

----- き り と り 線 -----

保護者記入捺印→担任→保健室保管

インフルエンザ罹患報告書

年 組 番 名前 _____

診 断 名 _____ インフルエンザ A型 ・ B型 ・ 疑い _____

症状が出た日 _____ 令和 年 月 日 ※この日は **0日目** としてカウント。

受 診 日 _____ 令和 年 月 日 _____

医療機関名 _____

医療機関住所 _____

解熱した日 _____ 令和 年 月 日 _____

自宅療養期間 _____ 令和 年 月 日から _____ 月 日までの _____ 日間

(出席停止期間) (「症状が出た日」の翌日を **1日目** としてカウント、休日を除く)

【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

※「〇〇した後△日」は、「〇〇」という現象が見られた日の 翌日を第1日目 として算定する。

(『学校において予防すべき感染症の解説』文部科学省より)

インフルエンザに罹患し上記のとおり医師の指示で自宅療養していましたが、症状が無くなり治癒しましたので登校を再開いたします。

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印 _____