インフルエンザ出席停止期間届

大和郡山市立　　校（園）長　様

　　学年　　組　幼児・児童・生徒氏名　　は、インフルエンザに罹患し、下記のとおり医師の指示により自宅療養していましたが、感染のおそれがなくなりましたので、登校（園）を再開します。

年　　月　　日

保護者氏名

１．診断名　　インフルエンザ　　型

２．医療機関名

３．医療機関受診年月日　　年　　月　　日

４．発症年月日　　年　　月　　日

５．解熱年月日　　年　　月　　日

６．自宅療養期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
（出席停止期間）

※ 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（幼児は３日）を経過するまで

（注）「○○した後■日」は、「○○」という現象が見られた日の**翌日を第１日目として算定**してください。

※記載内容について、受診医療機関へ問い合わせる場合があります。