

インフルエンザ用

※保護者の方がご記入ください。

※インフルエンザに罹ったことを証明できるもの（医療機関の検査結果や薬の説明書など）を必ず添付してください。コピー可。

琴丘高等学校長 様

インフルエンザ感染連絡票

年 組 番 名前

病 名： インフルエンザ（ A ・ B ・ 不明 ）

医療機関名： _____

出席停止期間：

令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで

インフルエンザにより療養中のところ、出席停止期間が終了し、予防上支障がないと認められましたので登校させます。

令和 年 月 日

保護者名 _____

<参考>

出席停止の基準：発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで

☆発熱した日を「発症0日目」とし、翌日を「発症1日目」と数えます。

解熱した日を「解熱0日目」とし、翌日を「解熱1日目」と数えます。