

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 (出席停止期間) | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |

※1 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) 「解熱した後2日」は、「解熱」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。