

保護者 殿

糸満市立西崎中学校
校長 神里 一吉
(公印省略)

出席停止のお知らせ

お子さんはインフルエンザにかかっており、学校保健安全法第 19 条の規定により出席停止となります。
平成 24 年 4 月 1 日より出席停止期間が下記のとおり変更になりましたのでお知らせ致します。

登校の際は、下記の出席停止解除願い（治癒報告書）の提出とマスク着用をお願いします。

改正前

改正後

「解熱後 2 日間を経過するまで」

→

「発症した後 5 日経過し、かつ、解熱した後 2 日（幼児
にあつては 3 日）を経過するまで」

出席停止解除願い（治癒報告書）

年 組 氏名 _____

- 1 受診した日と医療機関名（ 月 日 曜日 医療機関名： _____ ）
- 2 診断名 インフルエンザ（ _____ 型）
- 3 発症した日（ 月 日 曜日）
- 4 体温の経過

発症した日（0日目）	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
発症後 1 日目	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
発症後 2 日目	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
発症後 3 日目	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
発症後 4 日目	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
発症後 5 日目	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
発症後 日目	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
発症後 日目	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
発症後 日目	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）
登校する日の朝	月 日（ ）曜日	時頃	体温（ 度 分）

必ず
休む

上記の通り、出席停止期間を経過しましたので出席停止の解除をお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

印 _____