

保護者 殿

糸満市立西崎中学校
校長 諸見里 勲
(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を提出し、マスク着用で登校をお願いします。

改正前

「解熱後2日間を経過するまで」

→

改正後

「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。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____

印 _____