

インフルエンザ…校内で再び増えてきました！

一旦は減少傾向が見られたインフルエンザですが、1月28日から1月31日までに、校内で6人の新規感染者の報告がありました。学校がはじまり、集団生活の中で感染が拡大する可能性があり、まだまだ油断は禁物です。インフルエンザに感染しないため、また、感染を拡大させないために注意しましょう。

感染しないための3つのポイント

①手洗い・うがい

手洗いは、石けんを使って15秒以上、清潔なタオルで水分をしっかりとふき取る。
特に、外から帰宅した後は手洗い・うがいをしっかりと！

②休養・栄養

十分な睡眠、バランスの良い食事を心掛けよう。
抵抗力UPにつながるよ！

③部屋の換気

学校でも、1時間に1回は窓を開けて換気しよう！

インフルエンザに注意

新型インフルエンザワクチン

大阪府では1月25日からすべての人が接種対象者になりました。

*ただし、ワクチンの流通・在庫状況により希望どおりに接種できない場合もあります。

詳しくは、お住まいの市町村か下記番号までお問い合わせください。

<新型インフルエンザ相談電話>

電話 06-6944-6791 (平日の午前9時から午後6時)

FAX 06-6944-6602

出席停止期間についてご協力をお願いします！

○インフルエンザ出席停止期間の基準○

出席停止の基準は、治癒するまで(治癒とは、発症日翌日から7日を経過するまで)。
または、解熱後2日を経過するまで。

***ただし、タミフル・リレンザを服用している場合は、服用開始後すぐに解熱するので、
服用終了後2日を経過するまで。**

再登校時には、申請書を提出してください。

本書は保護者が記入し、担任にご提出ください。

申 請 書

大阪府立西浦高等学校校長 様

年 組 番 生徒氏名

平成 年 月 日に(医療機関名) を受診の結果、インフルエンザと診断されました。

つきましては、下記添付の処方箋または薬袋(写)のとおり
月 日～ 月 日まで医師の指示により自宅療養となりましたので、
特段の配慮をお願いします。

平成 年 月 日

保護者氏名 印

処方箋または薬袋(写)の添付欄

*薬の名前、受診日、服薬日数、医療機関名が記載されていること

保護者が必要事項
を記載のうえ
署名および捺印
してください。

さんのお薬

この表は、あなたのお薬のはたらきや飲み方を説明したものです。

医療機関名: クリニック 内科
担当医師名: ④

Tel: ②

1. 2009/ /

No.	薬の名前・色・形・記号	薬の写真	朝	昼	夕	夜	薬のはたらき・注意事項・相互作用・副作用など
1	カロナール錠 200 白色の錠剤です SD112			5 回分 (1回分 2錠) 発熱時			③ 痛みを和らげ熱を下げる薬です。
2	リレンザ 5mg 吸入剤			1 調剤 (1調剤 207リザー) 医師の指示通り			ウイルスによる感染症の治療に用いる薬です。 インフルエンザの治療薬です。 小児・未成年者については、異常行動の発現のおそれがあるため、自宅において療養を行う場合、少なくとも2日間、保護者は小児・未成年者が一人にならないように配慮してください。

① 薬の名前

② 受診日

③ 服薬日数

④ 医療機関名が記載されている処方箋または薬袋(写)を添付してください。