

インフルエンザ感染に係る連絡票

令和 年 月 日

年 組 番 名前

保護者名

インフルエンザに罹患し、医師の指示にて自宅療養しておりました。症状がなくなり治癒しましたので登校を再開いたします。

1. インフルエンザ(疑いを含む)と診断された医療機関

受診年月日	令和 年 月 日
診断名	インフルエンザ (A型 B型 不明)
医療機関名	
住所・電話番号	TEL () - -

2. インフルエンザに罹患し療養していた期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

3. その他連絡事項

--

【注意事項】

*医師により診断を受けた場合は、出席停止です。

*出席停止期間は、発症後5日を経過、かつ解熱後2日を経過となっています。

発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目~ 登校可能
/	/	/	/	/	/	/ ~

解熱日	1日目	2日目	3日目~ 登校可能
/	/	/	/ ~

*再登校後で結構ですので、必要事項を記入の上、担任まで提出ください。

*考査期間中に罹患した場合のみ、インフルエンザに罹患したとわかる書類(検査結果、処方薬の説明書など)のコピーを添付してください。