

年 \_\_\_\_\_ さん

保護者様

北杜市立白州小学校  
学校長

## インフルエンザ様疾患に関わる出席停止について

学校保健安全法第19条に基づいて、出席停止となります。  
ご家庭においては、担当医の指示のもと適切な処置をとられますようお願いいたします。

## 出席停止期間

令和 年 月 日( ) ~ 月 日( )

出席停止期間は、発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで、  
または、医師が感染のおそれがないと認めるまで。

\*感染症の場合、再登校する際には医師による「治癒証明」が必要ですが、インフルエンザに限っては保護者に記入していただく「再登校報告書」を提出していただいています。ただし、担当医の判断により発行する場合はその限りではありません。

「治癒証明」のため、改めて医療機関を受診する必要はありませんが、感染症は、体調により重症化したり、思わぬ合併症を引き起こしたりすることがあります。十分療養され、必要な場合は、受診し、相談や診断を受けてください。

\* 再登校の際には、以下の報告書と裏面をご記入の上、学校長に提出してください。

切り取らないでください

北杜市立白州小学校長 様

## インフルエンザ様疾患による再登校報告書

1. 年 名前 \_\_\_\_\_

2. 診断名 インフルエンザ 型 \_\_\_\_\_

3. 診断を受けた医療機関名 \_\_\_\_\_

4. 発症～回復日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

※発症日は、病院に受診した日ではなく、インフルエンザ様症状が始まった日です。

5. 回復の状況

- ( ) 発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過して体調が回復しましたので登校させます。  
( ) 医師が感染のおそれがないと認めたので登校させます。

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

( )年( )

保護者様

# 「インフルエンザ経過記録」



感染拡大や重症化を防ぐため、毎朝、体温測定等健康チェックをお願いします。

- \* 該当するところに、レ点チェックもしくは、必要事項をご記入ください。
- \* 受診した日からでなく、インフルエンザ様症状が始まった日から、再登校する日まで記入してください。

月	日	時間	体温	症 状					受診	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	
/	:	.	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他( )	

★発症日は、病院に受診した日ではなく、インフルエンザ様症状が始まった日です。

## インフルエンザによる学校の出席停止期間

発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで  
（学校保健法施行規則第19条 2012年4月1日改正）

たとえば、症状が現れてから2日目に熱がさがった



たとえば、症状が現れてから4日目に熱がさがった

