保護者　様

福井県立羽水高等学校

インフルエンザの出席停止期間は「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」となっています。出席停止期間は家庭で療養していただきますようお願いいたします。出席停止の措置は、県の教育委員会に報告しますので、下記の内容について、正確にご記入ください。

また本校では、下記の報告書提出をもって正式な出席停止扱いとさせていただきますので、御理解と御協力をよろしくお願い致します。

インフルエンザ感染状況報告書

年　　組　　番　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

＊発症日　　年　　月　　日（　　）　　時頃

（症状:熱　　．　℃、咽頭痛、咳、鼻水、頭痛、関節痛　その他　　）

＊受診日　　年　　月　　日（　　）医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊診断名（○をつけてください）　・Ａ型インフルエンザ（簡易検査実施による陽性）

・Ａ型インフルエンザ（症状による診断）

・Ｂ型インフルエンザ

医師の指示事項があれば記入してください。

（　　）

＊欠席した日　　年　　月　　日(　　)～　　年　　月　　日（　　）　　日間

＊熱が下がった日　　年　　月　　日（　　）　朝の体温　　．　℃

○　なお、病院の領収書（コピー）を添えてご提出ください。処方箋や検査結果用紙でも結構です。

○　登校時に担任へ提出してください。