保　護　者　各位

蒲郡市立大塚中学校長

**学校感染症の出席停止について（インフルエンザ用）**

お子様はインフルエンザ又はその疑いがあるため、学校保健安全法第１９条に基づき、登校・登園を見合わせていただきます。医師の処置と指示に従ってください。

病気をきちんと治して体力を回復させるため、そしてお子様がインフルエンザの感染源とならないためにも、必ず出席停止の期間を守ってください。

１）**病院受診後、必ず学校又は園に電話連絡を入れ、**病院での診断について

下の表に記入してください（保護者記入）

|  |  |
| --- | --- |
| お子様の名前 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 |
| 診断型 | 　Ａ型　・　Ｂ型　・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 受診日 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 発症日 ※ | 　令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 解熱した日 | 　令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 受診医療機関名 |  |
| 出席停止期間 | 発症した日の翌日から5日を経過し、かつ、解熱した日の翌日から２日(園児は3日)を経過するまで　※裏ページ参照 |

　　※発症日の目安は高熱が出た日です（個人差があるので、熱が出ない人もいます）。

２）**裏面の体温測定表に記入をお願いします。**

　３）**出席停止期間終了後の朝、もう一度お子様の体調を確認してください。登校・登園**

**可能であれば保護者が以下に記入**し、お子様にこの用紙を持たせて登校・登園させ

てください。

　　　①　体温は　　　　　　　（　　　　　　　　　　℃　）

　　　②　元気が　　　　　　　（　ある　　・　ない　　　）

　　　③　食事が　　　　　　　（　とれる　・　とれない　）

　　　④　咳などの症状が　　　（　ない　　・　少しある　）

　　　⑤　学校・園生活が送れる（　はい　　・　いいえ　　）

　　　⑥　休んだ期間　　　　　（　　　月　　　日　～　　　月　　　日）

**登校・登園再開の報告**

令和　　年　　月　　日

蒲郡市立大塚中学校長　殿

上記のとおり体調が回復しましたので、本日より登校・登園いたします。

　　　　　　　　　　　年　　　　組　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　年　　　　組　氏名

【　体温測定表　】　発症日から登校・登園する日までの体温を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 体温測定日 | 測定時間：体温 | 測定時間：体温 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |
| 月　　　日 | 午前　　　時　　　分：　　　度 | 午後　　　時　　　分：　　　度 |

**【（小中学校用）インフルエンザ出席停止期間　】**

発症した日の翌日から５日を経過し、かつ、解熱した日の翌日から２日を経過するまで



**【（園児用）インフルエンザ出席停止期間　】**

発症した日の翌日から5日を経過し、かつ、解熱した日の翌日から3日を経過するまで

