

			月 日 受付	
校長	教頭	教務	保健	担任書類確認

出席停止措置願（インフルエンザ）

箕島高等学校校長様

令和 年 月 日 提出

年 組 番

生徒氏名

保護者等氏名(自筆)

下記のとおり、医療機関にて診断を受けましたので、出席停止措置をとっていただきますようお願いいたします。

記

1. 診断名 インフルエンザ（ A型 ・ B型 ）
2. 発症日 令和 年 月 日（ ） （発症0日目）
3. 診断日 令和 年 月 日（ ）
4. 解熱日 令和 年 月 日（ ）
5. 出席停止期間 令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ）
6. 医療機関名

※ 出席停止期間の基準

発症日とその翌日から5日間の計6日間、かつ、解熱した翌日から2日間（最短6日間）

※ インフルエンザに罹患したことがわかる書類（診療報酬明細、処方薬説明等（写し可））を学級担任に提出してください。（確認後は書類を返却します。）

※ 「発症」とは、病院を受診した日ではなく、インフルエンザ様症状（38℃以上の発熱等）が始まった日です。