

年 月 日

保護者殿

豊見城市立豊見城中学校
校長 川上 一
(公印省略)

インフルエンザ出席停止のお知らせ

お子さんは、インフルエンザ感染症（又は疑い）があるため、学校保健安全法第19条の規定により出席停止となります。感染拡大を防ぐためにも、お医者さんの指示を守ってしっかり療養して下さい。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、熱が下がって2日を経過するまで休むこととなっています。登校の際は、下記の出席停止解除願いを保護者が記入し、提出をお願いします。詳細は裏面をご確認下さい。

出席停止解除願い

年 組 氏名

診断名 インフルエンザ（ 型）

受診した医療機関（ ）

出席停止期間 年 月 日 ～ 年 月 日

体温記録（発症した日から1日2回（午前・午後）体温の記録をお願いします。）

日にち	午前測定時間（体温）	午後測定時間（体温）
【発症した日】 月 日（ 曜日）	午前 時 分（ °C）	午後 時 分（ °C）
【発症後1日目必ず休む期間】 月 日（ 曜日）	午前 時 分（ °C）	午後 時 分（ °C）
【発症後2日目必ず休む期間】 月 日（ 曜日）	午前 時 分（ °C）	午後 時 分（ °C）
【発症後3日目必ず休む期間】 月 日（ 曜日）	午前 時 分（ °C）	午後 時 分（ °C）
【発症後4日目必ず休む期間】 月 日（ 曜日）	午前 時 分（ °C）	午後 時 分（ °C）
【発症後5日目必ず休む期間】 月 日（ 曜日）	午前 時 分（ °C）	午後 時 分（ °C）
月 日（ 曜日）	午前 時 分（ °C）	午後 時 分（ °C）

上記の通り、発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日経過しましたので、出席停止の解除をお願いします。

年 月 日

保護者名 _____ 印