

校長	教頭	教務主任	年次主任	保健主事	HR担任

インフルエンザによる出席停止願

令和 年 月 日

都留高等学校長殿

年 組 番 氏名

保護者氏名 印

上記の者、インフルエンザに罹患したため、自宅にて加療いたしました。出席停止についてのご配慮をお願いいたします。

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

発症日(発熱等症状が始まった日)

※ 出席停止期間 発症後5日経過し、かつ解熱後2日間(学校保健安全法施行規則より抜粋)

受診医療機関名

発症日からの体温

		発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体 温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
例 1	発症後2日 目に解熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	発症 5日目	登校 可能				
例 2	発症後4日 目に解熱	発熱	発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	登校 可能			

受診医療機関の領収書や処方箋等のコピーを裏面に添付すること