

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