

インフルエンザ用 保護者が記入してください。

年 月 日

香里ヌヴェール学院小学校長様

年 組 児童氏名

保護者氏名

登校許可願（出席停止解除願）

【学校感染症名】 ○をつけてください
インフルエンザ（A型・B型）

【受診した医療機関名】 { }

【発症日】（急な発熱などがあった日） 年 月 日

【登校日】 年 月 日

発症0日目		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
最低体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

上記の病気のため静養しておりましたが、学校保健安全法施行規則に基づき、発症日から（発症日を0日目として）5日を経過し、かつ解熱した日を含めずに2日を経過しましたので、出席停止を解除願います。

インフルエンザの出席停止期間（学校保健安全法施行規則第19条）

（インフルエンザの発症日を0日目と数え）発症後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで出席停止

★インフルエンザによる発熱期間と出席開始日のめやす

0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
発症	発熱	☆解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	発症後 5日以内	登校 可能	
発症	発熱	発熱	☆解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	登校 可能	
発症	発熱	発熱	発熱	☆解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	登校 可能

急な発熱
などが
あった日