

インフルエンザによる出席停止の確認書

組 氏名 _____

1. 診断を受けた医療機関名： _____

2. 診断日： 年 月 日

3. 診断型： A型 B型 不明 ※いずれかに○をつけてください。

4. 発症日 年 月 日
 発熱等の症状が出た日（発症日）を0日とし、翌日から数えて5日を経過している。

5. 解熱した日 年 月 日
 解熱した日を0日とし、翌日から数えて3日を経過している。

※登園再開には、上記の出席停止期間の基準となる4、5の両方を満たす必要があります。

6. 登園再開日 年 月 日

○出席停止期間のめやす表（学校保健安全法施行規則第19条）

| 発症後日数 | | 0（発症日） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8日目 | |
|-------|----------------|--------|----|----|----|----|----|------|---|-----|--|
| 例1 | 発症から1日目に解熱した場合 | 発熱 | 解熱 | | | | | 登園可能 | | | |
| 例2 | 発症から2日目に解熱した場合 | 発熱 | | 解熱 | | | | | | | |
| 例3 | 発症から3日目に解熱した場合 | 発熱 | | | 解熱 | | | | | | |
| 例4 | 発症から4日目に解熱した場合 | 発熱 | | | | 解熱 | | | | | |
| 例5 | 発症から5日目に解熱した場合 | 発熱 | | | | | 解熱 | | | | |

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

保護者氏名 _____