

インフルエンザにおける出席停止確認書

千葉県立君津商業高等学校長 様

年 組 番 生徒氏名 _____

記

| | |
|---|------------------------|
| 1. 診断名 | インフルエンザ〔 A型 B型 未判定 〕 |
| 2. 発症日(発熱した日) | 令和 年 月 日() |
| 3. 医療機関受診日 | 令和 年 月 日()医療機関名 _____ |
| 4. 解熱日(平熱になった日) | 令和 年 月 日() |
| 5. 療養(出席停止)期間 | 令和 年 月 日() ~ 月 日() |
| 6. 出席停止期間の基準は以下の①かつ②を満たす状態です。確認して <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> ①発症日(発熱した日)を「0日」とし、翌日から数えて5日を経過している <input type="checkbox"/> ②解熱後2日を経過している(朝から平熱に戻った日を「1日」と数える) | |
| 7. その他 | 医師からの指示等ありましたら記入してください |

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ ㊟

【確認事項】

- ① 医療機関の発行する「調剤明細書」「領収書」等、受診が証明できる書類のコピーを添付してください。
- ② 医師の証明する「治癒証明書」を提出した場合は、この確認書を提出する必要はありません。