保護者様

町田市立鶴川第一小学校
校長　　小林　繁

インフルエンザによる出席停止の取り扱いについて

インフルエンザが流行する季節となりました。インフルエンザは大変、伝染性が高いため、一度、学校で流行が始まると、大流行になる可能性があります。下記の事についてご協力いただくようお願いいたします。
この用紙はインフルエンザに罹患した際に、ご利用ください。

１．インフルエンザと診断された場合は、早めに学校に連絡帳、又は電話でご連絡ください。
２．登校する際には、下記の「登校許可願い」に保護者が記入し、ご提出ください。
３、発病期間は、出席停止となり、出席すべき日数より除かれます。
４、学級閉鎖期間も出席停止の扱いとなります。

＊法律で定められている、
インフルエンザの出席停止期間
は「**発症した後５日を経過し、かつ解熱後２日を経過するまで**」
となります。

※１日の中で発熱解熱を
ともに認めた場合は、
発熱期間となります。

発熱あり　発熱なし

発熱期間	発症０日目	第１日目	第２日目	第３日目	第４日目	第５日目	第６日目	第７日目	第８日目
２日	☹	☹	☺	☺	☺	☺	登校可能		
３日	☹	☹	☹	☺	☺	☺	登校可能		
４日	☹	☹	☹	☹	☺	☺	登校可能		
５日	☹	☹	☹	☹	☹	☺	☺	登校可能	
６日	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☺	☺	登校可能

---------- キリトリ ----------

町田市立鶴川第一小学校長様

登校許可願い（インフルエンザ）

提出日　　年　　月　　日

年　　組　児童氏名

インフルエンザと診断されましたが、医師より登校の許可がでましたので報告いたします。

１．**休んだ期間**　　年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）

２．**登校許可日**　　年　　月　　日（　　）　　から登校します。

３．**発熱の期間**　　年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）

４．**インフルエンザと診断された日**　　年　　月　　日（　　）

５．**受診医療機関名**　　TEL

６．**インフルエンザの種類**　　A 型　　B 型

７．**主な症状**（○で囲む、または記入をお願いします）
発熱（　　℃～　　℃）、悪寒、　筋肉痛　、関節痛、　だるさ、　鼻水、　鼻閉、
咽頭痛、　咳、　頭痛、　腹痛、　下痢、　吐き気、　嘔吐、その他（　　）