

(保護者記入用)

明星小学校長 殿

インフルエンザ登校届

小学校

第 学年 年 組

フリガナ

児童氏名

病 名 インフルエンザ (A型 ・ B型)

*簡易迅速検査を行った場合はA型またはB型に○をつけてください。

発症した日 (医師に確認)	月 日
インフルエンザと診断された日	月 日
解熱した日	月 日
出席停止期間 (医師に確認)	月 日 ~ 月 日

医師より感染のおそれがなく登校可能との指示をいただきましたので、本日より登校いたします。

受診した医療機関名 : _____

医療機関電話番号 : _____

年 月 日

保護者氏名: _____ 印

出席停止期間の基準 発症したその翌日から5日を経過し、かつ解熱した翌日から2日を経過するまで

(小学校使用欄)

校長	副校長	養護	担任

この情報は、教育・指導等の目的で利用いたします。その他個人情報保護に関わる事項は
学校法人明星学苑府中校個人情報保護関連諸規程の定めに基づきます。