

保護者様

令和 年 月 日

新宮市立 神倉小 学校
校長 藪中 秀樹

年 組 氏名

出席停止通知書

お子様は、主治医により下記の通り診断されましたので、学校保健安全法にもとづいて、出席を停止します。治癒後は医師の許可があってから、登校させてください。

病 名	出席停止の期間
麻 疹 (はしか)	解熱した後、3日を経過するまで
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
風 疹 (三日はしか)	発疹が消えるまで
水 痘 (水ぼうそう)	すべての発疹がかさぶたになるまで
百 日 咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
咽 頭 結 膜 熱 (プール熱)	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
結 核	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
()	医師の許可ができるまで

主治医様 ご多用の所恐縮に存じますが、上記児童生徒につき、登校と認められる場合は、下記の証明をいただけますようお願い申し上げます。

学校長様

令和 年 月 日

年 組 氏名

上記の学校感染症が治癒し、登校しても差しつかえないことを認めます。

医療機関名

医 師 名

保護者様

令和 年 月 日

新宮市立 神倉小学校
校長 藪中 秀樹

年 組 氏名 _____

出席停止通知書

お子様は、主治医により下記の通り診断されましたので、学校保健安全法にもとづいて、出席を停止します。治癒後は医師の許可があってから、登校させてください。

病 名	出席停止の期間
麻 疹 (はしか)	解熱した後、3日を経過するまで
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
風 疹 (三日はしか)	発疹が消えるまで
水 痘 (水ぼうそう)	すべての発疹がかさぶたになるまで
百 日 咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
咽 頭 結 膜 熱 (プール熱)	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
結 核	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
()	医師の許可ができるまで

主治医から登校許可が出たら、下記に記入して、登校をする日に学校へ提出してください。

学校長様

令和 年 月 日

年 組 氏名 _____

主治医より、上記の学校感染症が治癒し、登校しても差し支えないという許可を得ました。

保護者名 _____

インフルエンザ 登校登園連絡票

新宮市立 神倉小学校 校長（園長） 様

年 組 氏名

<保護者が記入してください>

予防接種	未接種 ・ 1回接種 ・ 2回接種
発症日	月 日
発症時の症状	発熱（ . °C） 咽頭痛 頭痛 倦怠感 咳 身体の痛み その他（ ） 無症状
診断	A型 ・ B型 ・ 臨床診断（検査陰性 ・ 検査なし） 診断日： 月 日 医療機関名：
二峰性発熱	なし ・ あり *一度解熱して24時間以上経ってから再度発熱（37.5℃以上）するもの
解熱日	月 日 *最後の発熱が下がった日
登校登園を再開する日の朝の症状	登校登園を再開する日： 月 日 体温（ . °C） 咳は <u>ひどくない</u> （ はい ・ いいえ ） 頭痛・のどの痛みは <u>ひどくない</u> （ はい ・ いいえ ） *37.5℃以上の場合は登校登園できません。「 <u>いいえ</u> 」がある場合は登校登園を控え1日様子をみてください。症状が改善しない場合は、医療機関を受診してください。
登校登園を判断した理由（1、2のいずれかに○をつけてください。） 1 出席停止期間の基準を満たし、全身状態が良好のため → 医師の許可書は不要 2 症状が残ったので医療機関を受診し、診察の結果、登校登園が許可されたため ※2の場合は、医師の登校登園許可書（下の医師記載欄）が必要です。	

※裏面の療養経過記録に経過を記入して、提出してください。

※記載いただいた情報は、新宮市医師会学校医部会と共同で分析し、今後のインフルエンザ対策に役立てます。（氏名等の個人が特定される情報は使用しません。）

インフルエンザのため欠席させていましたが、回復しましたので、
上記連絡いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

<医師記載欄> *登校登園を判断した理由が「2」の場合のみ

上記の者は、症状の改善がみられ、集団生活に支障はありませんので、
月 日より登校・登園を許可します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

インフルエンザ療養経過記録

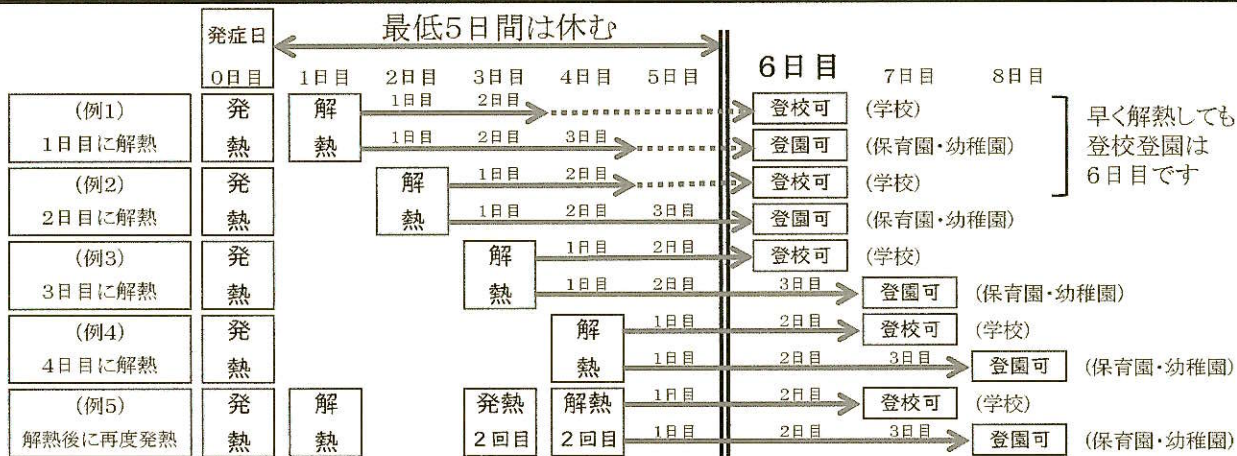
※原則1日4回（朝・昼・夕・寝る前）は検温してください。それ以外で検温した時も記入してください。

※発熱がなくても、少なくとも1日2回（朝と寝る前など）は検温してください

※一度解熱しても再度発熱することがありますので、登校登園を再開するまで検温を続けてください。

日付		／ 発症日	／ 1日目	／ 2日目	／ 3日目	／ 4日目	／ 5日目	／ 6日目	／ 7日目	／ 8日目
検温記録	時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	検温した	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
	時間と体温を	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
	記入してください	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
発熱以外の症状がない場合は○をつけてください										
発熱以外に症状がある場合は、みられた症状に○をつけてください。										
咳										
喉の痛み										
頭痛										
倦怠感(しんどい、元気がない)										
腹痛:嘔吐・下痢										
食欲がない										
その他の症状があれば、症状を記入してください										

出席停止期間:発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日(乳幼児は3日)を経過するまで



※咳や咽頭痛などの症状が強い場合は、登校登園を控え1日様子をみてください。症状が改善しない場合は、医療機関を受診してください。