

インフルエンザ 治癒申告書

(保護者の方が御記入ください)

インフルエンザが治癒しましたので届けます。

生徒名	年 組 番 氏名
病 名	インフルエンザ [A 型 ・ B 型 ・ 疑い]
出席停止の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
受診医療機関	

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (自署)

注 1 「病名」は、A型、B型、疑い等医師から告げられたものに○をつけてください。
分からない場合は○をつけなくてかまいません。

注 2 「出席停止の期間」は、医師に指示された期間を記入してください。再登校した際に担任へ提出してください。

平成 24 年からインフルエンザによる出席停止の期間が変更され、「発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで」となりました。

注 3 あわせて、受診した日や治療薬の内容が分かるもの（投薬の袋や説明書など）の
コピーもこの申告書に添えて提出してください。無い場合は領収書などで結構です。