保護者各位

近畿大学附属新宮高等学校・中学校

医療機関において、インフルエンザと診断された場合は、病院にて下記の罹患証明書に医師の指示を記入していただき、登校の際に担任に提出するようお願いいたします。

インフルエンザ罹患証明書

担当医 殿

本校生徒の診察において、日頃よりお世話になっております。

お手数をおかけいたしますが、罹患証明書のご記入をよろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 病　 名 | インフルエンザ　（ A型・B型・臨床診断 ） |
| 受 診 日 | 令和 　　年 　　月 　　日 |
| その他医師からの指示 | 発症日 ： 令和 　　年 　　月 　　日 |
| 医療機関名  医　師　名 | 印 |

上記のとおり、ご報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 高校 ・ 中学校　　　年　　　組　　　番 |
| 出席停止期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日  （解熱した日：令和　　年　　月　　日） |
| 生徒氏名 |  |
| 保護者氏名 | 印 |

**インフルエンザ出席停止期間について**

**「発症後5日経過するまで」かつ「解熱(内服なしで体温が37.5度以下)した状態**

**で2日経過するまで」**（学校保健安全法施行規則第19条）

※上記は、校医から示された登校してもよい条件の目安です。受診の際に必ず

　 　 医師の指示を受けるようにしてください。

医師の指示を受けてください。

の双方を満たす場合、

|  |
| --- |
| 学級担任確認印 |
|  |