インフルエンザ経過報告書（保護者記入）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長様

入所児童氏名

下記のとおり、インフルエンザを発症した後５日を経過し、かつ解熱した後３日経過したので、登園いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| インフルエンザの型　　　　　　　　（　Ａ型　・　Ｂ型　・　不明　・　　　　　） | | |
| 発症した日 | ※急な発熱、全身倦怠感（からだのだるさ）、悪寒（さむけ）などが出た日を示します。判断に迷う場合には、医師に相談してください。 | 月　　日 |
| 解熱した（熱が下がった）日 | | 月　　日 |
| 登園を再開する日 | | 月　　日 |

（受診した医療機関名）　　　　　　　　　　　　　　　（　　年　　月　　日受診）

　　年　　月　　日

保護者氏名

［インフルエンザ出席停止期間の基準］

**発症した後５日を経過し、かつ、解熱した後３日を経過するまで**

（学校保健安全法施行規則第１９条における出席停止の期間の基準）

※出席停止日数の数え方例（発症・解熱した日を０日目として数えます。）

　①2/1発症→2/2解熱→発症後5日経過→2/7から登園可。１・２・３・４・５・６・７・８・９

　②2/1発症→2/3解熱→発症後5日経過→2/7から登園可。１・２・３・４・５・６・７・８・９

　③2/1発症→2/4解熱→解熱後3日経過→2/8から登園可。１・２・３・４・５・６・７・８・９

　④2/1発症→2/5解熱→解熱後3日経過→2/9から登園可。１・２・３・４・５・６・７・８・９

（凡例：発症日□　、解熱日◇、出席停止の期間　　　　、登園可能な日○）

※上記出席停止日数の数え方例を参考に、出席停止の日数の確認に利用ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 前月 | 20･21･22･23･24･25･26･27･28･29･30･31 | 当月 | 1･2･3･4･5･6･7･8･9･10 |
| 11･12･13･14･15･16･17･18･19･20･21･22･23･24･25･26･27･28･29･30･31 | | | |