

兵庫県立夢前高等学校長 様

### 学校感染症発生連絡票

第 学年 組 番

名前

疾患名	インフルエンザ ( 型)
-----	--------------

上記疾病にて出席停止

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)

※解熱した日： 月 日 (必ずご記入ください)

主治医からの指示 (再登校の指示等があればご記入ください)

.....

.....

上記の内容に相違ないものとします。

令和 年 月 日

保護者署名 印

#### 注意事項

- ① インフルエンザの出席停止は、学校保健安全法施行規則により「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」と定められています。
- ② この連絡票の提出の際には、インフルエンザ罹患の証明になるもの (検査の用紙・薬の説明書) を裏面に必ず添付してください。  
(万が一、証明になるものを紛失した場合、出席停止の扱いにはなりませんのでご了承ください。また、薬袋は証明にはなりません。)
- ③ 出席停止の期間については、医療機関で検査を受けてインフルエンザの罹患が判明した日の前日 (欠席、早退していた場合) を含めても良いものとします。

#### 【学校確認欄】

決 裁	校 長	教 頭	教務部長	養護教諭	学年主任	担任

最終:保健室保管