

令和 年 月 日

保護者 様

長野県中野西高等学校長

学校において予防すべき感染症「インフルエンザ」に感染した場合は、病気の悪化予防のため及び他の生徒に感染させないために、学校保健安全法の規定により出席停止を指示します。

ご家庭において医師と相談の上、適切な処置をとられますようお願いいたします。  
なお、この場合の欠席は、欠席日数に入りません。

記

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日を経過するまで**

注) 出席停止期間は、発症日を0日目、次の日が1日目と数えますのでご注意ください。  
発症日は、のどの痛みや倦怠感などの症状が出始めた日をいいます。

再登校するに当たっては、改めて「治癒したかどうか」について医師の診察を受ける必要性はありません。登校時に下記の「治癒報告書」を提出してください。この報告書は、保護者の方に記入していただくものであり、医療機関に記入してもらうものではありません。

**治癒報告書**

長野県中野西高等学校長 様

年 組 番 生徒氏名

疾患名	インフルエンザ A・B
発症日（咳・鼻水・発熱等かぜ様の症状が出た日）	年 月 日
受診した医療機関名	
医療機関受診日	年 月 日
医師より療養が必要とされた期間	年 月 日
学校を休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで

令和 年 月 日

保護者氏名