

## インフルエンザ連絡票

1 生徒名 \_\_\_\_\_ 年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

※いずれかに○をつけてください。

2 診断名 新型インフルエンザ ・ 季節性インフルエンザ (A・B型)  
簡易検査 (陽性・陰性・未実施・不明)

3 受診した医療機関名 \_\_\_\_\_

4 診断年月日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

5 医師から指示された出席停止期間

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

出席停止とする期間は、発熱や咳、のどの痛みなどの症状がはじまった日の翌日から7日を経過するまでを目安としてください。(医師から、これと異なる特段の指示がある場合は指示された日までとしてください。)また、発熱や咳などの症状のため、学校から早退・受診を指示された場合は早退した日を含みます。

※ この連絡票は、治癒後の最初の登校時に、生徒が担任に提出

富山県立桜井高等学校長 殿

医師から診断された内容について上記のとおり連絡します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_