

令和元年 10 月 8 日

保護者 様

インフルエンザによる出席停止及び再登校について

広島市立基町高等学校
校長 板倉 宏 治

平素から、本校の教育につきまして、御理解と御協力を賜りましてありがとうございます。

インフルエンザにり患した場合には、学校保健安全法第 19 条の規定により出席停止の措置を採ります。出席停止の期間中は、医師の指示に従って療養してください。

また、病状が回復し登校する際には、**必ず医師からの指示（登校許可）に従う**とともに、下記の「インフルエンザに関する報告」^{*}に**保護者の方が必要事項を記入、押印し**、再登校の際に学校へ提出してください。

※ 現在、「学校感染症等治癒報告書」の提出で確認させていただいておりましたが、**インフルエンザに限っては、全ての広島市立幼稚園・学校において、統一様式により医師の指示を確認させていただくことになりましたので、御協力をお願いいたします。**どちらの様式も、基町高等学校ホームページでダウンロードするか、保健室にて受け取ることができます。

【出席停止について】

- 学校における感染症の拡大防止を目的とする措置です。
- インフルエンザによる出席停止の期間の基準（学校保健安全法施行規則第 19 条 2 項）は、「発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日（幼児にあっては、3 日）を経過するまで。ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるときは、この限りでない。」とされています。

(切りとらないでください)

【保護者記入欄】

学校長 様

インフルエンザに関する報告

次のとおり、医師から集団生活が可能との許可が出ましたので、報告します。

1	発 症 日 :	_____ 月 _____ 日 (発熱等の症状が出た日を記入してください。)
2	診 断 日 :	_____ 月 _____ 日
3	診 断 型 :	インフルエンザ <u> A 型 ・ B 型 ・ 不明 </u> (該当する項目に○を付けてください)
4	受診先医療機関名 :	_____
5	再登校についての医師の指示事項等	〔 _____ 〕
6	上記 5 の医師の指示に基づき、	

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 : _____ 印

(児童生徒名 _____ 年 _____ 組 _____ 番)