**インフルエンザによる出席停止の確認書**

　　　　　　　　　組　　　氏名

１．診断を受けた医療機関名：

２．診断日：　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　　日

３．診断型：　　Ａ型　　　　　　Ｂ型　　　　　　　不明　　※いずれかに〇をつけてください。

４．発症日　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　　日

　　発熱等の症状が出た日（発症日）を０日とし、翌日から数えて５日を経過している。

５．解熱した日　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　　日

　　解熱した日を０日とし、翌日から数えて３日を経過している。

※登園再開には、上記の出席停止期間の基準となる４，５の両方を満たす必要があります。

６．登園再開日　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　　日

**〇出席停止期間のめやす表（学校保健安全法施行規則第１９条）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発症後日数 | ０（発症日） | 　１ | 　２ | 　３ | 　４ | 　５ | 　６ | 　７ | ８日目 |
| 例1 | 発症から1日目に解熱した場合 | 発熱　　 | 解熱 | 登園可能 |
| 例2 | 発症から２日目に解熱した場合 | 発熱　　　　 | 解熱 |
| 例3 | 発症から３日目に解熱した場合 | 発熱　　　　　　　 | 解熱 |  |
| 例4 | 発症から４日目に解熱した場合 | 発熱　　　　　　　　　　 | 解熱 |  |
| 例5 | 発症から５日目に解熱した場合 | 発熱　　　　　　　　　　　　　 | 解熱 |

上記のとおり相違ありません。

　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　保護者氏名