

保護者様

武川小学校 ()年()組()

「インフルエンザ経過記録」



感染拡大や重症化を防ぐため、毎朝、体温測定等健康チェックをしっかりとお願いします。

*該当するところに、シ点チェックもしくは、必要事項をご記入ください。

*受診した日からでなく、インフルエンザ様症状が始まった日から、再登校する日まで記入してください。

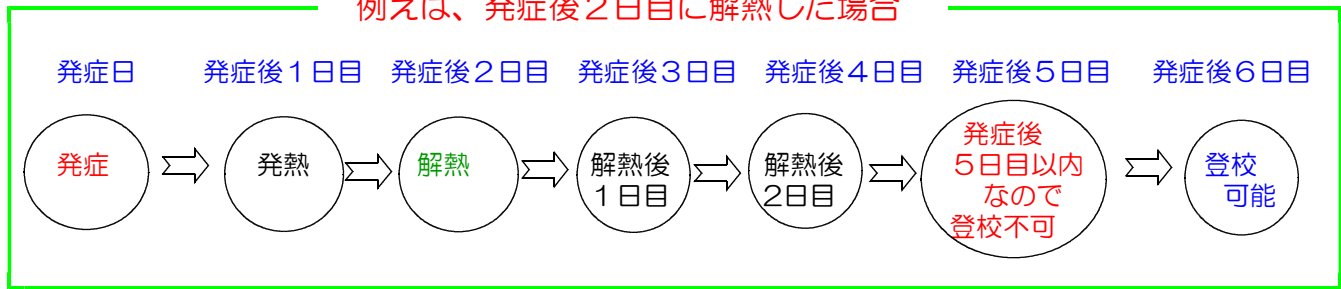
月 日	体 温	症 状			
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()
/	度 分	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> その他()

★発症日は、病院に受診した日ではなく、インフルエンザ様症状が始まった日です。

インフルエンザによる学校の出席停止期間

発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで
(学校保健法施行規則第19条 2012年4月1日改正)

例えば、発症後2日目に解熱した場合



例えば、発症後4日目に解熱した場合

