

出席停止解除願い

南風原町立南星中学校
校長 宮城 弘之 殿

年 組 番 氏名

1 受診した医療機関名 (月 日 曜日受診 医療機関名:)

2 診断名 インフルエンザ (A 型 ・ B 型 ・ 不明) 該当する項目に○をつけてください

3 処方薬: () (処方された薬の名前を記入してください)

4 発症した日 (月 日 曜日)

5 体温の経過

発症当日	出席停止	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)
発症後 1 日目	出席停止	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)
発症後 2 日目	出席停止	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)
発症後 3 日目	出席停止	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)
発症後 4 日目	出席停止	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)
発症後 5 日目	出席停止	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)
発症後 6 日目	※発症後 3 日目までに解熱していれば登校可能	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)
発症後 7 日目	※発症後 4 日目に解熱すれば登校可能	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)
発症後 8 日目	※発症後 5 日目に解熱すれば登校可能	月 日 曜日 (午前・午後 時) 体温 (°C)

上記のとおり、出席停止期間を経過し、治癒しましたので出席停止の解除をお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名 印