

## インフルエンザによる出席停止扱いについて

群馬調理師専門学校長

インフルエンザと診断を受けた場合は、十分療養し、回復してから登校するようにしてください。

また、登校にあたっては、医師の指導のもと、下記の「インフルエンザ罹患届」を記入し、氏名の記載された薬剤の説明書や検査結果、診療の説明書等、インフルエンザに罹患したことがわかる書類の写しとともに、担任に提出してください。

発熱症状出現日(発症日)を0日として、その後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで出席停止となります。

群馬調理師専門学校 校長 殿

### インフルエンザ罹患届

私は下記医療機関を受診し、インフルエンザの診断を受け、下記の経過を経て治癒したことを報告します。

受診日 令和 年 月 日

受診医療機関

診断名 インフルエンザ A型 B型 不明 (該当するものに)

登校再開日 令和 年 月 日

(登校再開には下記の出席停止期間の基準1と2の両方を満たす必要があります。)

1 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。

0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
/	/	/	/	/	/



6日目
/



登校可能日

2 解熱した日を0日とし、翌日から数えて2日を経過している。

0日目	1日目	2日目
/	/	/



3日目
/

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日 学籍番号 氏名

インフルエンザに罹患したことがわかる添付書類 (要提出・写し可)

※当てはまる書類にの上、必ずこの届とともに提出してください。

※氏名の記載がない書類は無効です。

薬剤の説明書 検査結果・診療の説明書 その他 ( )

## 新型コロナウイルス感染症による出席停止扱いについて

群馬調理師専門学校長

新型コロナウイルス感染症と診断を受けた場合は、十分療養し、回復してから登校するようにしてください。

新型コロナウイルス感染症の出席停止期間の基準は下記のとおりです。

＜新型コロナウイルス感染症の出席停止期間の基準＞  
「発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで」  
※『軽快』とは、体調が改善し、通常の日常生活がおくれる状態のこと

また、登校にあたっては、医師の指導のもと、下記の「新型コロナウイルス感染症における療養報告書」を記入し、氏名の記載された検査結果や領収書等、コロナウイルス感染症で受診したことがわかる書類の写しとともに、担任に提出してください。

出席停止解除後、発症から10日を経過するまでは、感染リスクが残るため、マスクの着用をお願いします。

群馬調理師専門学校 校長 殿

### 新型コロナウイルス感染症における療養報告書

私は下記医療機関を受診し、コロナウイルス感染症の診断を受け、下記の経過を経て登校が可能となったことを報告します。

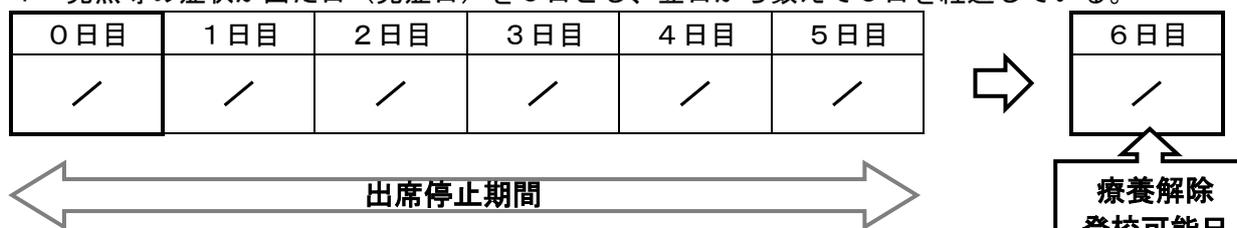
1. 診断を受けた医療機関名： \_\_\_\_\_

2. 診 断 日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 登校再開日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(登校再開には下記の出席停止期間の基準1と2の両方を満たす必要があります。)

1 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。



2 症状が軽快した日を0日とし、翌日から数えて1日を経過している。



上記のとおり相違ありません。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

新型コロナウイルス感染症に罹患したことがわかる添付書類（要提出・写し可）

※当てはまる書類に☑の上、必ずこの届とともに提出してください。

※氏名の記載がない書類は無効です。

検査結果      領収書      その他（ \_\_\_\_\_ ）

# 学校感染症治癒証明書

調理師学科・調理高度テクニカル学科

年 組 番 氏名

上記の者は、学校感染症と診断されていましたが、治癒しましたのでここに証明いたします。  
すでに、感染の恐れはありませんので、登校に関して差し支えありません。

記

病名 (学校保健安全法に係る感染症分類)

(当てはまるものにチェックして下さい)

第一種	第二種	第三種
<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱 <input type="checkbox"/> 痘瘡 <input type="checkbox"/> 南米出血熱 <input type="checkbox"/> ペスト <input type="checkbox"/> マールブルグ熱 <input type="checkbox"/> ラッサ熱 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎(ポリオ) <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群 (SARS コロナウイルスによるものに限る) <input type="checkbox"/> 鳥インフルエンザ(H5N1)  <input type="checkbox"/> 指定感染症及び新感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ( )型) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 風疹(3日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)  <input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症(O157) <input type="checkbox"/> 腸チフス及びパラチフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎(アポロ病) <input type="checkbox"/> その他の感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )

出席停止期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

配慮事項

.....  
.....

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印