

平成30年1月29日

保護者各位

東京都立広尾高等学校長
佐藤 和彦

インフルエンザの流行と対応について

日頃より本校の教育活動及び学校保健活動に御理解、御協力をいただきありがとうございます。

先日、都内のインフルエンザ患者報告数が「流行警報基準」を超えました。本校でも、生徒がインフルエンザに罹患したとの連絡が複数入っております。

インフルエンザとは、インフルエンザウイルスを原因とする呼吸器感染症で、概ね1～3日の潜伏期間の後に、発熱、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛、咳、鼻水などを呈します。一般的な風邪に比べ、全身症状が強いことを特徴とします。主な感染経路は、患者の咳やくしゃみに含まれるウイルスを吸い込むことによる「飛まつ感染」と、ウイルスが付着した手で口や鼻に触れることによる「接触感染」です。

各御家庭におかれましては、こまめな手洗い、休養・栄養・水分補給、咳エチケット、適度な室内加湿・換気、予防接種(かかりつけ医と相談)などの対策を行うとともに、人混みや繁華街への外出はなるべく控え、登校・外出時はマスクを着用するなど、予防に努めてください。

体調不良がある場合は無理をせず登校を控えるとともに、インフルエンザ様症状がある場合には速やかに医療機関を受診してください。学校を遅刻、欠席する場合は、朝8時から8時25分までの間に学校へ連絡をお願いします。また、診察結果についても早めに御連絡いただけたら幸いです。

インフルエンザと診断された場合は、学校保健安全法に基づき「出席停止」となります。出席停止期間の基準は「発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで」とされていますので、医師の指示の下、周囲への感染のおそれがなくなるまで学校を休んで回復に努めてください。

学校への登校を再開する際は、医師記入の感染症治癒証明書(下部または本校ホームページ、生徒手帳に掲載)や診断書等、感染症の罹患及び治癒がわかるものを担任へ提出してください。

出席停止となった期間は、登校すべき日数には入りません(欠席には数えません)。

全ての生徒の健康、安全のために御理解、御協力をお願いいたします。

なお、治癒の証明にかかる費用は各御家庭の負担となります。医師の治癒証明を受けるにあたり、記入料の負担が難しい場合や、治癒後は受診不要と医師から指示され治癒証明を記入してもらえないなど特別な事情がある場合は、今季のインフルエンザ流行期においては保護者の方による記入でもよいことにいたします。その場合は裏面を御使用ください。

東京都立広尾高等学校 電話03-3400-1761

東京都立広尾高等学校 宛

感染症治癒証明書

生徒氏名 _____

診断名 _____

上記により療養していましたが、周囲への感染のおそれがなくなったため

_____年 月 日から登校して差し支えありません。

_____年 月 日 医療機関名 _____ 医師名 _____ ㊟

【記入・確認】 医療機関 → 生徒(年 組 番) → 担任 ㊟ → 保健室(保管)

(担任記入) 出席停止期間; 月 日() 時限から 月 日() 時限まで

インフルエンザ 治癒報告書 【保護者記入用】（医師による記入が難しい場合に使用）

インフルエンザに罹患した後、医師の治癒証明を受けるにあたり、記入料の負担が難しい場合や、治癒後は受診不要と医師から指示され治癒証明を記入してもらえないなど特別な事情がある場合は、今季のインフルエンザ流行期においては保護者の方による記入でもよいことにいたします。下部へ記入し、捺印して担任へ提出してください。

東京都立広尾高等学校 宛

インフルエンザ 治癒報告書

年 組 番 生徒氏名 _____

インフルエンザにより療養していましたが、
周囲への感染のおそれがなくなりましたので登校を再開いたします。
罹患及び受診の詳細は下記のとおりです。

【体調について】

1 体調不良を初めに感じた日時 _____ 月 _____ 日（午前・午後） _____ 時頃

2 療養期間中の症状（該当に○）

（ 発熱 頭痛 全身倦怠感（だるい感じ） 筋肉痛 関節痛
咳 鼻水 咽頭痛 その他； ）

3 体温

初期	_____ 月 _____ 日 _____ 時頃	_____ . °C
最高時	_____ 月 _____ 日 _____ 時頃	_____ . °C
解熱確認	_____ 月 _____ 日 _____ 時頃	_____ . °C

【受診について】

1 受診日 1回目 _____ 月 _____ 日 2回目 _____ 月 _____ 日（なければ空欄）

2 医療機関名 _____ 電話番号 _____（ ）

3 診断名 _____ インフルエンザ _____ 型

4 処方薬名 _____（なければ空欄）

5 登校再開に関する医師からの指示等 例：○月○日から可、熱が下がって2日たったら可、など

（ _____ ）

（保護者署名） _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名 _____ ⑩

【記入・確認】 保護者 → 生徒 → 担任 ⑩ → 保健室(保管)

（担任記入） 出席停止期間； _____ 月 _____ 日（ ） 時限から _____ 月 _____ 日（ ） 時限まで