

Al apoderado

Comunicado sobre la suspensión de asistencia por padecer de la influenza インフルエンザ療養報告書

Escuela Municipal de Isesaki
Directo

En base a las regulaciones de salud y seguridad escolar, debido a que su hijo se encuentra padeciendo de la influenza, se suspenderá su asistencia durante el período que exista riesgo de contagio.
El tiempo de suspensión a clases por padecer de la influenza será de la forma siguiente.

<Tiempo de suspensión de asistencia por la influenza>
「Transcurrido los 5 días de generarse la fiebre y 2 días (3 días para niños en edad preescolar) que desaparezca la fiebre」

En caso de haber sido diagnosticado de la influenza, deberá tomar el tratamiento suficiente y volver a la escuela cuando este completamente recuperado. Por otro lado, para volver a reintegrarse a clases, bajo las instrucciones recibidas por el médico, uno de los padres deberá completar y entregar el informe de tratamiento de la influenza mostrado abajo.

.....

Sr. Director Llenado por el apoderado

Informe del tratamiento médico de la influenza

____grado____sección nombre niño・estudiante_____

- 1 Entidad médica donde fué diagnosticado : _____Clínica pediatra
- 2 Fecha del diagnóstico : Reiwa ____ año ____ mes ____ día (clase : tipo A tipo B desconocido)
※Encerrar en círculo su respuesta
- 3 Fecha que volverá a clases : Reiwa ____ año ____ mes ____ día
(Para reintegrarse en las clases deberá cumplir los criterios 1 y 2 del siguiente período de suspensión).
※A continuación, ingrese la "fecha que inicio la fiebre" y la "fecha que bajó la fiebre".

Tiempo de suspesión de clases	
1	Día en que empezó la fiebre (que inicia) es considerado a 0, contado desde el día siguiente hasta pasar los 5 días ⇒ Fecha en la que empieza la fiebre : ____mes____día
2	El día que baja la fiebre en considerado como 0, contado desde el día siguiente, teniendo que pasar dos días (3 días para niños de edad preescolar) ⇒ Fecha que baja la fiebre : ____mes____día

Afirmo la veracidad del informe en el presente documento
Reiwa ____ año ____ mes ____ día
Nombre del apoderado_____