

Ano _____ Mês _____ Dia _____

Aos pais ou Responsáveis

Diretor(a) da Escola Municipal de _____

Aviso de Suspensão Escolar Temporária Devido a Influenza

インフルエンザの出席停止についてのお知らせ

Conforme a comunicação anterior, para doenças infecciosas que devem ser evitadas na escola, tivemos enviar o atestado do médico a escola, porém desta vez, com notificação do Ministério da saúde, não há necessário apresentar o atestado do médico para Influenza. Como alternativa, o relatório de cura seguinte (os pais que preenchem), é necessário envir-lo à escola. Pedimo a compreensão de todos.

Os critérios para o período de suspensão são “5 dias após os sintomas aparecem e depois de 2 dias abaixar a febre. (3 dias para infantil)” (Mesmo que 2 dias depois se passam a febre, caso não tiverem passado 5 dias desde os sintomas aparecem, não poderão comparecer à escola.)

Os alunos que foram infectadas com Influenza, de acordo com as disposições da lei, não poderão ir à escola. Este caso, não incluído nos dias de ausência da aula. Por favor, siga as instruções do seu médico sobre a necessidade do diagnóstico médico antes de ir à escola.

Após a cura, preencha o fomulário “Reratório de cura” abaixo para que o aluno possa frequentar a escola. Este formulário é para o responsável deverá preencheer, também não é o formulário para as instituições médicas que preenchem.

※ Não há necessário o atestado do médico.

----- 切り取り線 Recorte -----

Relatório de Cura

治ゆ報告書

(宛先) 学校長 殿 Ao Sr. Diretor(a)

Série 年 Turma 組 No. 番 Nome do(a) aluno(a) 児童・生徒氏名 _____

Ano 年 Mês 月 Dia 日 Nome do responsável 保護者氏名 _____ carimbo®

Foi consultado no hospital e diagnosticado com Influenza. Depois desse, informo que já foi curado.

記 Nota

1 Nome da doença Influenza (Tem a dúvida)

疾患名 インフルエンザ (疑いを含む)

2 Dia do Primeiro tratamento (dia que foi diagnosticado com Influenza)

初診年月日 (インフルエンザと診断された日)

Ano 年 Mês 月 Dia 日 ()

3 Dia da Autorização (foi autorizado pelo médico)

登校許可年月日 (医師から登校を認められた日)

Ano 年 Mês 月 Dia 日 ()

4 Nome do hospital que consultou Nome do Hospital 医療機関名 _____

受診した医療機関名