

インフルエンザ治療証明書（保護者記入）

開南小学校・幼稚園 学年組 _____ 年 組 番 _____
 児童生徒名 _____

- ① 受診日：平成 年 月 日（ ）
- ② 受診した病院名【 _____ 】
- ③ 診断名 インフルエンザA・B
- ④ 発症した日：平成 年 月 日（ ）
- ⑤ 解熱した日（平熱に戻った日）：平成 年 月 日（ ）
- ⑥ 出席停止期間 平成 年 月 日～ 月 日

（インフルエンザ症状の発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで）

※インフルエンザ症状とは発熱・のどの痛み・せき等の症状

出席停止期間の検温・健康観察結果

	発症日				1日目				2日目				3日目				4日目				5日目				6日目				7日目						
月 日（曜）	／（ ）				／（ ）				／（ ）				／（ ）				／（ ）				／（ ）				／（ ）				／（ ）						
症状確認	症状にチェック				症状にチェック				症状にチェック				症状にチェック				症状にチェック				症状にチェック				症状にチェック				症状にチェック						
	熱	のど	せき	その他	熱	のど	せき	その他	熱	のど	せき	その他	熱	のど	せき	その他	熱	のど	せき	その他	熱	のど	せき	その他	熱	のど	せき	その他	熱	のど	せき	その他	熱	のど	せき
熱／朝（時）	℃				℃				℃				℃				℃				℃				℃										
熱／夕（時）	℃				℃				℃				℃				℃				℃				℃										
備考																																			

上記のとおり、インフルエンザ症状の発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過したため、登校させます。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印 _____

※裏面に「インフルエンザ出席停止期間早見表」を添付していますのでご確認ください