

*保護者様へ 発熱等でインフルエンザが疑われる場合はこの用紙を持参して病院受診してください。

インフルエンザ罹患証明書

患者氏名： _____ 生年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

住所： _____

上記患者は、インフルエンザに感染しているものと診断いたします。

臨床診断

簡易キット	使用無し	A	B	陽性
-------	------	---	---	----

症状出現日： _____ 月 ____ 日

診断日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名： _____

医師氏名又は代表者名： _____

※平成24年4月1日付けで学校保健安全法施行規則第19条第2項が改正されました。

これまでの「解熱した後2日を経過するまで」から「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」に変わりました。

保護者記入欄

下記のとおり、発症から5日を経過し、かつ、解熱(平熱に戻って)後2日を経過したので、出席停止措置の中止をお願いします。

体温測定月日時	測定時間（午前）： 体温	測定時間（午後）： 体温
発症日 ____ 月 ____ 日	午前 ____ 時 ____ 分： ____ 度	午後 ____ 時 ____ 分： ____ 度
____ 月 ____ 日	午前 ____ 時 ____ 分： ____ 度	午後 ____ 時 ____ 分： ____ 度
____ 月 ____ 日	午前 ____ 時 ____ 分： ____ 度	午後 ____ 時 ____ 分： ____ 度
____ 月 ____ 日	午前 ____ 時 ____ 分： ____ 度	午後 ____ 時 ____ 分： ____ 度
____ 月 ____ 日	午前 ____ 時 ____ 分： ____ 度	午後 ____ 時 ____ 分： ____ 度
____ 月 ____ 日	午前 ____ 時 ____ 分： ____ 度	午後 ____ 時 ____ 分： ____ 度
____ 月 ____ 日	午前 ____ 時 ____ 分： ____ 度	午後 ____ 時 ____ 分： ____ 度

(発熱が長く、記録できない場合は、裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどしてください)

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 小緑中学校 ____ 年 ____ 組

生徒氏名： _____

保護者氏名： _____ 印