

インフルエンザ（疑いを含む）^ゆ治療報告書

学校長 殿

_____年 _____組 _____児童・生徒氏名_____

上記の者は、インフルエンザが治癒しており、他に感染の恐れがないことを報告いたします。

記

1 インフルエンザの型 （ A型 B型 不明 ）

*該当するところに○を付けてください。

2 発症日（発熱等の症状が出た日：0日目） 令和 _____年 _____月 _____日（ ）

* インフルエンザ様の症状（高熱、頭痛等）があまり出なかった場合の発症日は、主治医等にご相談ください。

3 受診日 令和 _____年 _____月 _____日（ ）

4 受診先 医療機関名 _____

5 発症日からの経過（太枠内を記入してください。）

① 発症日（発熱等の症状が出た日） _____月日を記入してください。

② 解熱日（体温が平熱に戻った日） _____解熱日の欄に0～2（日目）を記入ください。

	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目
発症日	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()	／ ()
解熱日										

* 発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあつては3日）を経過するまで

* 発症後5日を経過していても、解熱していない場合は、解熱日によって、出席停止期間が延長されます。

6 休んだ期間 令和 _____年 _____月 _____日（ ） ～ 令和 _____年 _____月 _____日（ ）

令和 _____年 _____月 _____日 _____保護者氏名 _____ (印)