

インフルエンザ治癒報告書

※保護者の方が記入してください。

(1) 生徒氏名 _____ 年 組 番 氏名 _____

(2) 診断名 インフルエンザ(A型・B型・医師の臨床診断) ※○印をつけてください。

(3) 受診日 _____ 令和 年 月 日 _____

(4) 医療機関名 _____

(5) 出席停止期間 _____ 令和 年 月 日 ~ _____ 令和 年 月 日 _____

※ 発症日を0日として、発症後5日間

※ 発症後5日を経過、かつ解熱後2日を経過する期間

(6) 検温結果

※太枠の期間(発症後5日間)は、解熱後も出席停止。発症日は医師にご確認ください。

	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	/	/	/	/	/	/	/	/
午前	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
午後	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

(7) 注意事項

- ①抗インフルエンザ薬の説明書のコピー(氏名、処方日が記載されているもの)を添付して、登校再開時にHR担任へ提出してください。
- ②ご家庭で検査キット(インフルエンザ・コロナ併用可、厚労省承認のもの)を利用して「陽性」だった場合は、医療機関を受診し上記①のコピーをご提出ください。
- ③発症した後5日を経過しても解熱しない場合は、必ず医療機関を受診してください。
(医師の指示を仰いでください。)

令和 年 月 日

保護者署名 _____

(署名は直筆でお願いします。)