

インフルエンザ罹患証明書

(氏名) _____ (生年月日) 年 月 日

上記患者は、インフルエンザに感染しているものと証明いたします。

(症状出現日) 年 月 日
(発症 0 日)

(診断日) 年 月 日

(医療機関名) _____

(医師氏名又は代表者氏名) 印

学校保健安全法施行規則第19条第2項 インフルエンザ（新型インフルエンザ・鳥インフルエンザ等を除く。）の停止期間：『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）を経過するまでとされています。

※気になる症状等がある場合は、再度かかりつけ医を受診してください。

医師からの注意事項

保護者記入欄

経過報告書

(児童氏名) 組 (保護者氏名)

発症日	月 日	午前測定時刻：体温	午後測定時刻：体温
0日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
1日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
2日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
3日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
4日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
5日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
6日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
7日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
8日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
9日目	月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度

※登園時期の目安は、別紙をご参照ください。