

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。