

医師 様

お手数をおかけいたしますが、下記に御記入いただき、児童生徒の保護者へお渡しください。

伊豆市立修善寺南小学校長

インフルエンザ罹患証明書

氏 名 _____ 生年月日 平成 ____ 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：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日（発症 0 日）

診 断 日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名：

医師氏名又は代表者氏名： _____ 印

学校保健法安全法施行規則第 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。）の出席停止期間『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、再度かかりつけ医へ受診してください。

〔 医師からの注意事項 〕

インフルエンザ経過報告書（保護者記入）

	日時	午前測定時刻：体温	午後測定時刻：体温
発症日	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

発症した日を0日として、そこから5日間（計6日間）を経過し、かつ、平熱となった日を解熱0日目とし、平熱で過ごせる日を2日間（計3日間）経過するまでとされています。

保護者署名

印