

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療しており、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