

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）			
発症日	日時	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