様式２

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。

伊豆の国市立大仁小学校長

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）

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

発症した日を０日として、そこから５日間（計６日間）は登校できません。また、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（幼児にあっては３日間）経過するまでとされています。

保護者署名　　㊞