

インフルエンザ（疑いを含む）^ゆ治療報告書

学校長 殿

部 年 児童・生徒氏名

上記の者は、インフルエンザが治癒しており、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