

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、生徒の保護者へお渡しください。

星陵中学校・高等学校 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 _____ 型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）※必ずご記入ください

平熱 _____ . _____ °C

発症日	日時	午前測定時刻：体温				午後測定時刻：体温			
		時	分	度	度	時	分	度	度
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 日間経過するまでとされています。

※登校が可能になると思われる日の前日に、必ず担任に連絡を入れ、翌日から登校する旨をお伝えください。連絡なく登校することが無いようお願いいたします。

上記のとおり、発症から 5 日を経過し、かつ、解熱後 2 日を経過したので、出席停止措置の解除をお願いします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 組 氏名 _____

保護者名 _____

印 _____