

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。

伊豆市立修善寺中学校長

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

印