

インフルエンザ罹患証明・経過報告書(登校届)

学籍番号 _____ 氏名 _____ (自署) 生年月日 _____

上記患者は、インフルエンザに感染していることを証明いたします。

診断日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師または代表者氏名 _____

医師からの注意事項

- ※ 咳、喉の痛み、倦怠感 等気になる症状がある場合は、再度かかりつけ医を受診してください。
- ※ 体温は決まった時間(8:00と17:00)に検温し、時間が異なる場合は下欄に検温した時間を書いてください。
- ※ 解熱した日または症状軽快した日の「日付」に○を記載してください。

	発症日		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	
月日	/		/		/		/		/		/		/		/		/		/	
症状																				
検温時間	8:00	17:00	8:00	17:00	8:00	17:00	8:00	17:00	8:00	17:00	8:00	17:00	8:00	17:00	8:00	17:00	8:00	17:00	8:00	17:00
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
40.0℃																				
39.0℃																				
38.0℃																				
37.0℃																				
36.0℃																				
35.0℃																				

インフルエンザに罹患し、発症した後5日を経過(発症の翌日を1日目)かつ解熱した後2日経過したため登校いたします。

校長	副校長	教務主任	教務副主任	担任	担任	学生保険担当