

## インフルエンザ（疑いを含む）治癒報告書

学校長 殿

年 組 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 | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) | ／<br>( ) |
| 解熱日 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |

\* 発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2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 \_\_\_\_\_

## インフルエンザ（疑いを含む）治癒報告書

学校長 殿

1年 3組 生徒氏名 魚津 太郎

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 元年 12月 6日（金）  
\* 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 元年 12月 7日（土）

4 受診先 医療機関名 総曲輪クリニック

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 | 12/6<br>(金) | 12/7<br>(土) | 12/8<br>(日) | 12/9<br>(月) | 12/10<br>(火) | 12/11<br>(水) | /   | /   | /   | /   |
| 解熱日 |             |             |             | 0           | 1            | 2            |     |     |     |     |

- \* 発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2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 元年 12月 6日（金）～ 令和 元年 12月 11日（水）

令和 元年 12月 12日

保護者氏名 魚津 一郎