

保護者の方へ：インフルエンザ流行期に カゼ症状で医療機関を受診する際は、この用紙を お持ちください。

インフルエンザ証明書

東葉高等学校 年 組 番 氏名 _____

《医療機関の方へ》

この用紙は、『インフルエンザに罹患した証明』として使用いたしますので、診断されましたときにご記入ください。

医療機関 記入欄

上記の者を 令和 年 月 日 インフルエンザ () と診断しました。

出席停止は 最短で、令和 年 月 日 () まで です。

登校にあたっての
注意事項

令和 年 月 日 医療機関名
又は医師名 _____

印

《保護者の方へ》

- 診断された際に、上の「医療機関記入欄」を医療機関より記入していただけてください。記入しただけなかった場合は、氏名・処方日が記載されている薬の説明書のコピーを提出してください。ただし、薬の説明書は、抗インフルエンザ薬の処方の場合に限ります。
- 下の保護者記入欄を記入・提出していただき、治癒の証明といたします。体調が回復したことを確認してから登校させてください。なお、発症日は医師にご確認ください。

保護者 記入欄

登校にあたっての医師からの指示

	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
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
曜日	()	()	()	()	()	()	()	()	()
体温 (朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温 (夜)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

※ 出席停止期間は 発症後5日を経過し、かつ 解熱後2日を経過するまでです。

上記の通り、解熱し体調が回復したことを証明いたします。

令和 年 月 日 保護者署名 _____ 印