

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。

伊豆市立修善寺小学校長

### 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