

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。

静岡県教育委員会健康体育課長

様式 2

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
【インフルエンザの出席停止期間】					
発症した日を0日とし、その後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで(最低6日間)					

HRNO. _____

保護者氏名 _____

印 _____