

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 _____