

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 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 インフルエンザ と診断しました。

出席停止は 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 までの見込みです。

登校にあたっての注意事項

(_____)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____
又は医師名 _____ 印

《保護者の方へ》

- ・ 上の「医療機関記入欄」を医療機関において記入していただけてください。なお、記入していただけなかった場合は、薬の説明書のコピー提出してください。(抗インフルエンザ薬の処方に限る)
- ・ 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	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者署名 _____ 印