

# 証 明 書

患者氏名：\_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所：\_\_\_\_\_

上記のものは、インフルエンザに感染しているものと診断いたします。

症状出現日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

簡易キット： A型 ・ B型 ・ 陰性 ・ 使用無し

診 断 日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関名：

医 師 氏 名： \_\_\_\_\_ 印

学校保健安全法施行規則第 19 条第 2 項によると、インフルエンザによる出席停止期間の基準は、「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。**（発症した日、および解熱した日を 0 日目と数える）**

※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下さい。

## インフルエンザ経過報告書（保護者記入）

下記の通り、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）を経過したので、出席停止措置の**解除**をお願い致します。

体温測定日	測定時間：体温	測定時間：体温
月 日	午前 時 分： 度	午後： 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後： 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後： 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後： 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後： 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後： 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後： 時 分： 度

西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日 保護者名： \_\_\_\_\_

印