

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

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）

発症した日を 0 日目として、翌日から 5 日（計 6 日間）は登校できません。また、終日平熱で過ごせた日を解熱 0 日目とし、平熱で過ごせた日を 2 日（計 3 日間）経過しないと登校できません。（終日平熱で過ごせたら、該当欄に○を記入してください。）

※経過日数 0 日目は原則として「インフルエンザ罹患証明書」記載の症状出現日としてください。

経過日数	終日平熱 なら○	日時	午前 測定時刻：体温	午後 測定時刻：体温
0 日目 (発症日)		月 日	時 分： 度	時 分： 度
1 日目		月 日	時 分： 度	時 分： 度
2 日目		月 日	時 分： 度	時 分： 度
3 日目		月 日	時 分： 度	時 分： 度
4 日目		月 日	時 分： 度	時 分： 度
5 日目		月 日	時 分： 度	時 分： 度
6 日目		月 日	時 分： 度	時 分： 度
7 日目		月 日	時 分： 度	時 分： 度
8 日目		月 日	時 分： 度	時 分： 度

※ 提出前にチェック（レ点）をしてください。

- ☐ 発症後、5 日を経過している。（発症日翌日を 1 日目と数える：太線 5 日目まで経過している）
- ☐ 解熱後、2 日を経過している。（解熱日翌日を 1 日目と数える：○印が 3 つ連続で続いている）

HRNO

生徒氏名

保護者氏名

印