

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てください。

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 日として、翌日から 5 日（計 6 日間）経過し、かつ、平熱となった日を解熱 0 日として、翌日から 2 日経過するまでが出席停止となります。

経過日数	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	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

※ 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）  
 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）

HRNO

生徒氏名

保護者氏名

印