|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **インフルエンザ罹患証明書（医療機関記入）**学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　組　　番　氏名　　　　　　　　　　　生年月日　平 成・令和　 　年　 　月　 　日 上記患者は、インフルエンザ（ Ａ ・ Ｂ ）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日目）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **令和　　　年　　　月　　　日****医療機関名：****医師氏名又は代表者氏名：** |  |  | **印** |

学校保健安全法施行規則第19条第２項においてインフルエンザ（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、周囲に感染させる可能性はありませんが治癒の証明ではありません。解熱しない、異常行動が見られた、咳、食欲低下、元気がないなど気になる症状等がある場合は、必ずかかりつけ医へ再度受診してください。**（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）****※普段の平熱のめやす　　　,　　℃**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **発症日** | **日時** | **午前測定時刻：体温** | **午後測定時刻：体温** |
| **※医師記入****０日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |
| **１日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |
| **２日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |
| **３日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |
| **４日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |
| **５日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |
| **６日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |
| **７日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |
| **８日目** | **月** | **日** | **午前** | **時** | **分：** | **， ℃** | **午後** | **時** | **分：** | **， ℃** |

 |
| **※上記児童生徒は、体調が回復し、登校（園）の基準を満たしたので登校（園）させます。****令和　　年　　月　　日****保護者氏名　　　　　　　　　　　　印　登校（園）時緊急連絡先** |

(社)沼津医師会、沼津市教育委員会、裾野市教育委員会、清水町教育委員会、長泉町教育委員会