

インフルエンザにおける療養報告書
(出席停止報告書)

年 組 番 氏名

医師により、下記のとおり診断を受け、療養後回復したことを報告します。

記

- 1 疾患名 インフルエンザ (A型 B型 未判定)
- 2 発症日 年 月 日
- 3 受診した医療機関名
- 4 療養期間(出席停止期間) 年 月 日 () ~ 年 月 日 () まで

*出席停止期間の基準は以下の1～3のすべてを満たす状態です。
確認し、をしてください。

チェック	出席停止期間の基準	
	1	発症日(発熱した日)を0とし、翌日から数えて5日を経過している。
	2	解熱後2日を経過している。 *朝から平熱に戻った日を1日目と数えます。
	3	登校しても活動できる状態に回復している。 ・咳がでない ・食欲がある ・1日中起きていられる

年 月 日

保護者氏名 _____ 印