

医療機関記入

診断書（証明書）

患者氏名： 生年月日：平成 年 月 日

住 所：

上記患者は、インフルエンザに感染しているものと診断いたします。

臨床診断

簡易キット	使用無し	A	B	陰性
-------	------	---	---	----

症状出現日： 月 日

診断日：平成 年 月 日

医療機関名：

医師氏名： 印

* 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日を経過するまで」です。

保護者記入

保護者記入欄

下記のとおり、発症した後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過しましたので、出席停止措置の中止をお願いいたします。

受診医療機関：		欠席期間：	
体温測定月日時	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	

(発熱期間が長く記録できない場合は、裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどしてください。)

平成 年 月 日 年 組 番

生徒氏名：

保護者氏名： 印