

インフルエンザ報告書 ( A型 ・ B型 ・ 型の特定なし )

年 組 番 名前 \_\_\_\_\_

【発 症 日】 年 月 日 ( ) 【解 熱 日】 年 月 日 ( )

【受 診 日】 年 月 日 ( ) 【医療機関名】 \_\_\_\_\_

【療養期間】 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )

**【インフルエンザ出席停止の基準】**

発症したあと(発症した日を 0 日目として)5 日を経過し、かつ、解熱したあと 2 日を経過するまで

※生徒名・受診日が記載された調剤説明書や薬袋 (インフルエンザ治療薬が処方されたとわかるもの) や検査結果報告書 (インフルエンザ陽性とわかるもの) 等の写しを一緒に提出してください。

年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

学校記入欄	<input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 調剤説明書 <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
-------	--