

インフルエンザに関する診断証明書（医師）

殿

園児氏名： _____ 生年月日： _____

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

<input type="checkbox"/> 簡易キット	<input type="checkbox"/> 使用無し	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 陰性
--------------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

症状出現日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

医師名： _____ (印)

* 学校保健安全法施行規則第 19 条第 2 項によると、インフルエンザによる出席停止期間の基準は、「解熱した後 2 日（幼児にあつては、3 日）を経過するまで」とされています。学校や保育園などでは必要に応じて下記様式をご利用下さい。

保護者記入欄

下記のとおり、解熱後 3 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。

体温測定日	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

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名： _____ (印)