

インフルエンザ治癒報告書

聖セシリア小学校 _____年_____組 児童氏名_____

1. 病名 インフルエンザ_____型

2. 発症日 年 月 日

解熱日 年 月 日 (. °C)

3. 受診した医療機関名及び受診日

医療機関名 _____

受診日 年 月 日

4. 出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※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。
(医師の指示 :)

上記の通り、発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日を経過して、体調が回復しましたので、ご報告いたします。

年 月 日

保護者氏名

[印]

※この報告書は保護者の方に記入していただくものであり、
医療機関で記入してもらうものではありません。