

インフルエンザ（疑いを含む）^ゆ治療報告書

富山県立しらとり支援学校長 殿

小・中・高 _____ 年 _____ 級・組 _____ 児童・生徒氏名 _____

上記の者は、インフルエンザが治癒しており、他に感染の恐れがないことを報告いたします。

記

- 1 インフルエンザの型・・・（ A型 B型 不明 ）
 *該当するところに○を付けてください。

- 2 発症日（発熱等の症状が出た日：0日目）・・・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）
 * インフルエンザ様の症状（高熱、頭痛等）があまり出なかった場合の発症日は、主治医等にご相談ください。

- 3 受診日・・・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）

- 4 受診先・・・医療機関名 _____

- 5 発症日からの経過（太枠内を記入してください。）
 - ① 発症日（発熱等の症状が出た日）・・・月日を記入してください。
 - ② 解熱日（体温が平熱に戻った日）・・・解熱日の欄に0～2（日目）を記入ください。

	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目
① 発症日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
② 解熱日	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

- * 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。
- * 発症後5日を経過していても、解熱していない場合は、解熱日によって、出席停止期間が延長されます。

- 6 休んだ期間・・・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）～ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____