

登校許可証明書(インフルエンザ用)

山手学院中学校・高等学校

中
高 _____ 学年 _____ 組 _____ 番

生徒氏名 _____

(主治医記入欄)

病名 : インフルエンザ (A型 ・ B型)

上記の者、頭書の感染症にて療養が必要です。

登校再開については、保護者に経過観察を指導し登校再開をするよう指示しました。

発症日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (発熱等の症状が出た日:発症0日目)

診断日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※登校再開時の再診については (必要です ・ 症状の悪化がなければ必要ありません)

医療機関名 :

医師氏名 :

(保護者記入欄) インフルエンザ経過観察報告書

解熱した日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※解熱した日とその後2日間の体温測定の記録を記入して下さい。

	体温測定月日	午前の測定:体温		午後の測定:体温	
解熱日	月 日	午前	時 分: °C	午後	時 分: °C
1日目	月 日	午前	時 分: °C	午後	時 分: °C
2日目	月 日	午前	時 分: °C	午後	時 分: °C

上記の通り、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過しましたので登校許可をお願いいたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 保護者氏名 _____ 印