

インフルエンザ療養報告書

岸和田市立東葛城小学校長 様

年 組 氏名

1. 診断を受けた医療機関： _____

2. 診断日：令和 年 月 日（診断型：A型 B型 不明）

【登校再開には下記3・4両方の基準を満たす必要があります。】

3. 発熱等の症状が出た日（発症日）を0日とし、翌日から数えて5日を経過している。

➡発症日： 月 日

4. 解熱した日を0日とし、翌日から数えて2日（幼稚園児は3日）を経過している。

➡解熱した日： 月 日

上記3・4両方の基準を満たしていますので、 月 日より登校を再開します。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

保護者署名 _____

※医師による証明は必要ありません。

※出席停止期間については裏面をご参照ください。

