

インフルエンザ受診証明書

患者氏名：

上記患者は、インフルエンザ（ A ・ B ・ 不明 ）型に感染しているものと診断いたします。

症状の出現日： 年 月 日
(発症日0日目)

診 断 日： 年 月 日

医療機関名：

医 師 氏 名：

保護者記入欄

下記のとおり、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日(幼児の場合は、解熱後3日)を経過しましたので、本日より登校・登園させることといたします。

(平常時の体温： 度)

体温測定月日	測定時間：体温	測定時間：体温
月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度

年 月 日

年 組 番 児童生徒氏名：

保護者氏名：