校　長	教　頭	教務主任	保健室	年次主任	担　任

インフルエンザ診断・治療報告書

＿＿＿年次＿＿＿組＿＿＿番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、以下の通り医療機関にてインフルエンザと診断され、療養に必要な期間が終了したことを報告します。

※裏面にインフルエンザで受診したことが分かる資料（調剤説明書や領収書等、患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの）を貼付してください。

☐ 診断名　インフルエンザ（　A型　・　B型　・　不明　・　疑い　）

☐ 発症日　　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　※発熱した日

☐ 受診日　　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

☐ 受診医療機関　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 解熱日　　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

☐ 療養に必要な期間　　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　～　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※療養に必要な期間（出席が停止となる期間）とは、発症後５日を経過し、かつ解熱後２日を経過するまでの間です。以下の表を参考にして、ご記入ください。

		発症日	発症後	発症後	発症後	発症後	発症後	発症後５日を経過した後		
		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
例１	発症後1日目に解熱した場合		解熱							
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能		
例２	発症後2日目に解熱した場合			解熱						
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能		
例３	発症後3日目に解熱した場合				解熱					
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能		
例４	発症後4日目に解熱した場合					解熱				
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能	
例５	発症後5日目に解熱した場合						解熱			
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能