インフルエンザ報告書

岐阜県立東濃高等学校　　年　　組　　番　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　診　断　名　　インフルエンザ（ A型 ・ B型 ・ C型 ・ 不明 ）← いずれかに○を

○　発症(発熱)日　　年　　月　　日

○　受　診　日　　年　　月　　日

○　受診医療機関　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　解　熱　日　　年　　月　　日

○　自宅療養期間　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで

○　確 認　事 項　　□　発症日翌日より５日間が経過している。(登校可能は６日目から)
（☑してください）　□　解熱日翌日より２日間が経過している。
□　健康状態が改善し、治癒していると考えられる。

以上に相違ないと責任を持って報告します。

年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※ 注意事項

保護者が記入・捺印してください。医療機関による証明は不要です。ただし、受診を証明できる書類（調剤明細書等で、患者名、日付、医療機関名、薬剤名等が記入されたもの・コピー可）を添付し、生徒を通して担任に提出してください。この書類の提出をもって「出席停止」の扱いとします。