

インフルエンザ(疑いを含む)治療報告書

一宮市立大和中学校長 様

年 組 番 生徒氏名

上記の者は、インフルエンザ(疑いを含む)を発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過し治療しており、他に感染の恐れがないことを報告いたします。

1. 発症日からの経過(下の表の「月/日」、「発熱の有無」の欄を記入してください)

- 発症日は、「発熱した日、または診断されるきっかけとなった症状がみられた日」とし、0日目から数えます。
- 出席停止期間の基準は下の表のとおりですが、医師から基準より長く出席停止を指示された場合や登校可能な日を過ぎても体調がすぐれない場合は、無理をさせず医師の指示に従ってください。

発症日からの日数	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	9日目
月 / 日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
発熱の有無 (いずれかに○)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
発熱がなかった場合	症状が出た日 発熱なし									
発熱があった場合 ※解熱日により、登校が可能になる日が異なる。	症状が出た日 解熱						登校可			
	症状が出た日 発熱	解熱								
	症状が出た日 発熱	発熱	解熱							
	症状が出た日 発熱	発熱	発熱	解熱						
	症状が出た日 発熱	発熱	発熱	発熱	解熱			登校可		
	症状が出た日 発熱	発熱	発熱	発熱	発熱	解熱			登校可	
	症状が出た日 発熱	発熱	発熱	発熱	発熱	発熱	解熱			登校可

- ❖ の部分が、出席停止期間になります。
- ❖ 発症4日目以降に解熱した場合は、解熱日が1日延びるごとに1日ずつ出席停止期間も延びていきます。

2. 病名・診断名 インフルエンザ (A型 B型 疑い)

*型が分かっている場合は、該当するものに○を付けてください。

3. 発症日 令和 年 月 日 ()

4. 受診日 令和 年 月 日 ()

5. 受診先 医療機関名 _____

6. 欠席期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

令和 年 月 日 保護者署名 _____