

インフルエンザ様疾患 保護者申出書

生徒名	科	年	組	番	氏名
-----	---	---	---	---	----

症状の発現	日時	月	日 ()	:	から
	症状・周囲 の状況 (該当する ものに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発熱(°C) ・ 急性呼吸器症状(鼻汁もしくは鼻閉) (咽頭痛) (咳) ・ 食欲不振 ・ 関節痛 ・ 頭痛 ・ 全身倦怠 ・ 悪寒 ・ 周囲にインフルエンザの人がいる() 			
医療機関受診	日時	月	日 ()	:	
	医療機関名				
	受診結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ インフルエンザ (A型 ・ B型 ・ AB型不明) ・ インフルエンザ 陰性 ・ インフルエンザ以外の疾病() 			
	医師からの指示事項				
その他	学校にお知らせ したいこと				
※インフルエンザと診断された人の 熱が下がった日時		月	日 ()	:	ころ

	発症後5日及び解熱後2日を経過したので、本日より登校させることといたします。
	インフルエンザ陰性でした。

令和 年 月 日

保護者名

印

提出に際して、①受診した医療機関発行の領収書または診療明細書のコピー、②医療機関または薬局で発行される薬の説明書やお薬手帳のコピー の2点を添付してください。