

インフルエンザ療養報告書

岸和田市立東光小学校長 様

_____ 年 _____ 組 氏名 _____

1. 診断を受けた医療機関： _____

2. 診断日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（診断型：A型 B型 不明）

【登校再開には下記3・4両方の基準を満たす必要があります。】

3. 発熱等の症状が出た日(発症日)を0日とし、翌日から数えて5日を経過している。

➡発症日：_____ 月 _____ 日

4. 解熱した日を0日とし、翌日から数えて2日（幼稚園児は3日）を経過している。

➡解熱した日：_____ 月 _____ 日

上記3・4両方の基準を満たしていますので、_____ 月 _____ 日より登校を再開します。

上記のとおり相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者署名 _____

※医師による証明は必要ありません。