

インフルエンザ罹患証明書

天理中学校校長 殿

氏 名 _____ 満 _____ 歳

天理中学校 _____ 学年 _____ 組

検 査 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____

保護者の方へ・・・健康観察をお願いします。体温と健康状態を○△×でご記入ください。
(○・・・ある △・・・少しある ×・・・ない)

発症 から 治癒まで	症状	体温℃			頭痛	咽頭痛	咳	鼻水	腹痛	おう吐	下痢	倦怠感
		朝	昼	夕								
月 日												
月 日												
月 日												
月 日												
月 日												
月 日												
月 日												
月 日												

上記の者は、解熱した翌日を1日目として2日目を経過し、かつ、発症した翌日を1日目として5日目を経過しました。よって、__月__日より登校させます。

保護者氏名 _____ 印