

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