

インフルエンザ経過報告書

学校保健安全法施行規則（出席停止の期間の基準）

第19条2項

インフルエンザにあつては、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで。

発症日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ）

診断日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ）

診断型： A型 ・ B型 （該当する項目に○をつけて下さい。）

	体温測定月日	(午前) 測定時間：体温	(午後) 測定時間：体温
発症日	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
1日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
2日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
3日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
4日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
5日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
6日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
7日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
8日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
9日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C
10日目	月 日 ()	午前 時 分： _____ °C	午後 時 分： _____ °C

*発熱期間が長く記録ができない場合は、裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどしてください。

上記の通り、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過しましたので、出席停止措置の中止をお願いいたします。

年 _____ 月 _____ 日 生徒氏名： _____ (_____ 年 _____ 組 _____ 番)

保護者氏名： _____ 印 _____

★ 担任記入欄 ★

下記の項目について確認しましたので、保健室に提出いたします。

- ・ 記入漏れがないことを確認しました。(出席停止期間・生徒氏名・保護者氏名の記入と押印等)
- ・ お薬の説明書(コピー可)を受け取りました。

確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

担任サインもしくは押印： _____ 印 _____