年　　月　　日

町田市立町田第一小学校長　様

インフルエンザ罹患・登校届

年　　組　児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

「インフルエンザ（様症状）」と診断され、欠席しましたので報告いたします。

- 発　　症　　日　　＿＿＿年　　月　　日（医師にご確認ください）
- 出 席 停 止 期 間　　＿＿＿年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
- 受診した医療機関　　（　　）
- 登 校 許 可 日　　＿＿＿年　　月　　日
- 主　な　症　状（〇をつけてください）

  発熱（　　℃）　悪寒　頭痛　筋肉痛　咳　鼻水　咽頭痛　食欲不振

  関節痛　倦怠感　吐き気　嘔吐　腹痛　下痢　その他（　　）
- 診　断　結　果　　インフルエンザ（　　）型　・　インフルエンザ様症状

＊場合によっては医師の証明が必要となる場合があります。

- - - -