

インフルエンザ罹患報告書

町田市立鶴川第三小学校長 様

医師より登校の許可がございましたのでお知らせします。

1. 病名 インフルエンザ 【 A型・B型・不明・その他（ ） 】
2. 発症日、解熱日、登校可能日、登校再開日を記入ください。

発症日 ※発症日は主治医(医師)に判断していただく 登校可能日

0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日

登校再開日

月 日
曜日

解熱日 登校可能日

0日目	平熱1日目	平熱2日目	平熱3日目
月 日	月 日	月 日	月 日
曜日	曜日	曜日	曜日

両方を満たしていれば、登校可能です。
※ 日にちがずれてしまった場合は、遅い日にちで登校してください。

3. 受診医療機関名 _____ 電話番号 () _____

4. 症状(あてはまるものに○をお付けください)

発熱(~ °C) 頭痛 せき 鼻症状 のど痛 関節痛 筋肉痛 食欲不振
腹痛 吐き気 おう吐 下痢 だるさ その他()

5. 今シーズンのインフルエンザ予防接種の有無 【 1回受けた ・ 2回受けた ・ 受けていない 】

平成 年 月 日 年 組 児童名 _____
保護者名 _____ 印 _____

※ この用紙は、医師の証明は不要ですが、医師の指示に基づいて保護者の方がご記入ください。