

インフルエンザ診断書（医療機関記入証明書）

沖縄県立島尻特別支援学校

学 校 長 あて

幼児児童生徒氏名： 生年月日：平成 年 月 日

住所：

上記の者は、インフルエンザに感染しているものと診断いたします。

臨床診断

簡易キット	使用無し	A	B	陰性
-------	------	---	---	----

症状出現日： 平成 年 月 日

診断日： 平成 年 月 日

医療機関名：

医師氏名： 印

体温経過表（保護者記入欄）

下記のとおり、解熱後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。

体温測定月日時	測定時間：体温	測定時間：体温
月 日	午前 時 分： °C	午後 時 分： °C
月 日	午前 時 分： °C	午後 時 分： °C
月 日	午前 時 分： °C	午後 時 分： °C
月 日	午前 時 分： °C	午後 時 分： °C
月 日	午前 時 分： °C	午後 時 分： °C
月 日	午前 時 分： °C	午後 時 分： °C
月 日	午前 時 分： °C	午後 時 分： °C

（発熱期間が長く、解熱2日が記録できない場合は、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。）

平成 年 月 日

幼児児童生徒氏名：

保護者氏名：

印