

# 証 明 書

組 氏 名： \_\_\_\_\_

上記患者は、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 

簡易キット	A	B
-------	---	---

 診断

症状出現日： 月 日

診断日： 年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

※ 学校保健安全法施行規則第 19 条第 2 項によると、インフルエンザによる出席停止期間の基準は、「発症後 5 日を経過し」かつ「解熱した後 3 日を経過するまで」とされています。

※ 発症した日と、解熱した日は、含まれません。尚、解熱は 37.5 度以下となります。

体温測定月日		測定時間：体温（朝）	測定時間：体温（昼）	測定時間：体温（晩）
発症日	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
1 日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
2 日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
3 日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
4 日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
5 日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
6 日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
7 日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
8 日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度

（発熱期間が長く、解熱 3 日が記録できない場合は別の記録用紙を添付するなどしてください。）

下記のとおり、解熱後 3 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： \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_ 印