

保護者記入

発病した日	年 月 日 (発熱、倦怠感などの症状がみられた日)
医療機関受診日	年 月 日
受診した医療機関 (病院・医院の名称)	病院・医院・クリニック・診療所
診断された病名	インフルエンザ (A型 ・ B型 ・ 医師の臨床診断)
解熱した日	年 月 日
学校を欠席した期間 学校長が指示する出席停止期間と必ず一致するものではありません。	年 月 日 から 年 月 日 まで
出席停止期間 (学校保健 安全法施行規則第 19 条)	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 (発症の翌日を 1 日目と数える)

添付書類 ☐ 診療報酬明細書
☐ 薬剤情報提供書
☐ その他（ ）

教務	学年主任	担任