

インフルエンザ罹患証明書

自修館中等教育学校 年 組

生徒氏名

上記の者はインフルエンザ陽性であることを証明します

1	熱が出始めた日	月 日 () AM・PM
2	診察日(病院に行った日)	月 日 ()
3	診断日(インフルエンザと診断)	月 日 ()
4	インフルエンザの型	型

証明日 年 月 日

医療機関名

医師名

*5～9の項目は保護者の方が記入してください

5	熱が出始めた日	月 日 () AM・PM
6	熱が下がった日(36度台)	月 日 ()
7	発症後5日かつ解熱後2日	月 日 ()
8	登校してきた日(7の翌日)	月 日 ()
9	備考	

*1～4の項目を医療機関で記入してもらえなかった場合は、**インフルエンザに罹患したことがわかる書類**(診療明細書や調剤明細書や薬の説明書等のコピー)を裏面に貼ってください

保護者氏名 印