

医師 様

お手数をおかけいたしますが、下記に御記入いただき、児童生徒の保護者へお渡しく下さい。

静岡県教育委員会健康体育課長

インフルエンザ罹患証明書

氏 名 _____ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記患者は、インフルエンザに感染しているものと証明いたします。

症状出現日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（発症 0 日）

診 断 日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名：

医師氏名又は代表者氏名： _____ 印

学校保健法安全法施行規則第 19 条第 2 項 インフルエンザ（新型インフルエンザ・鳥インフルエンザ等を除く。）の出席停止期間『発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日（幼児にあっては、3 日）を経過するまで』とされています。

※気になる症状等がある場合は、再度かかりつけ医へ受診してください。

〔 医師からの注意事項 〕

インフルエンザ経過報告書（保護者記入）

| 発症日 | 日時 | 午前測定時刻：体温 | 午後測定時刻：体温 |
|------|-----|-----------|-----------|
| 0 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 1 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 2 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 3 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 4 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 5 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 6 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 7 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 8 日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |

発症した日を 0 日として、そこから 5 日間（計 6 日間）は登校できません。また、平熱となった日を解熱 0 日目とし、平熱で過ごせる日を 2 日間（幼児にあったは 3 日間）経過するまでとされています。

※受診時に様式がなく、罹患証明書を取得できなかった場合は、罹患を確認出来る書類を裏面に添付し御提出ください。（例 病院の領収書や処方薬の写し、保護者の申出書等）

※裏面※

＜医療機関受診時に様式がなく罹患証明書が取得できなかった場合＞

インフルエンザ罹患が確認できる書類（病院の領収書や処方薬の説明書の写し、保護者の申出書等）を添付後署名し、表面インフルエンザ経過報告書（保護者記入）の記録があれば、登校再開は可能です。罹患証明書を取得するためだけに医療機関を再受診する必要はありませんので、ご注意ください。

HRNO

生徒氏名

保護者氏名

印
