

インフルエンザ用

保護者様

インフルエンザに罹患した場合、受診を証明できる書類（インフルエンザの検査結果や調剤明細書など、患者名・受診日・医療機関名・処方された薬剤名等わかるもの）のコピーを添付の上、担任または保健室へ提出してください。

※この用紙は、保護者の方が記入してください。

※この用紙を提出する場合は、医療機関の「治癒証明書」や「診断書」等は不要です。

※登校につきましては医療機関の指示に従ってください。

関東第一高等学校 保健室

インフルエンザ治療報告書

年 組 番 氏名

年 月 日生

病名 (丸印を付けてください。)

インフルエンザ A 型 ・ インフルエンザ B 型

出席停止期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

(出席停止の基準に基づき、医師より登校を控えるよう指導された期間をご記入ください。)

※出席停止の基準：発症後 5 日を経過し、かつ、解熱後 2 日を経過するまで。

医師より上記診断され、その治療が終了したことを報告します。

令和 年 月 日

保護者氏名 印

※受診を証明できる書類は必ず添付してください。添付方法に指定はありません。