

# インフルエンザ罹患証明書

天理小学校

校長 篠森 靖治 様

氏名 \_\_\_\_\_

天理小学校 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 組

住所 \_\_\_\_\_

上記の生徒、インフルエンザに罹患したことを証明いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

**保護者の方へ・・・健康観察をお願いします。体温と健康状態を○△×でご記入下さい。**  
( ○・・・ある、△・・・少し、×・・・ない)

月 日	体温℃			頭痛	のどの痛み	咳	鼻水	腹痛	おう吐	下痢
	朝	昼	夕							
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										

上記の者は、解熱した翌日を1日目として2日目経過し、かつ、発症した翌日を1日目として5日目経過しました。よって、\_\_\_\_月\_\_\_\_日より登校させますので、許可くださいますようお願いいたします。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印