

沖縄県立西原高等学校長 殿

インフルエンザ証明書
(保護者記入)

年 組 番 生徒氏名 _____ は、

平成 年 月 日 () に

インフルエンザ A ・ B と診断されました。

(当てはまるものに○でかこんでください。)

下記のとおり、発症後5日かつ解熱後2日を経過しましたので、出席停止措置
の中止をお願いいたします。

※発熱初日は
発症0日目と
数えます↓

	体温測定日	測定時間(午前): 体温	測定時間(午後): 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
	月 日 ()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
	月 日 ()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度

(発熱が長く、解熱2日が記録できない場合は、裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどしてください。)

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

※裏面に処方された薬の説明書の添付をお願いします。