

※お願い（医療機関各位）

本校において、インフルエンザの疑いによる病院受診の場合、検査結果が陰性であっても、その日に限り出席停止扱いとなります。
主治医殿におかれましては、お手数ですが、陽性の場合には①に、陰性の場合には②に記載をお願い致します。

インフルエンザ 罹患証明書（兼：受診証明書）

医療機関記入欄

中学 ・ 高校 年 組 番 氏 名

① 上記の者が、〔 A 型 ・ B 型 ・ 他（ ） 〕 に罹患したことを証明いたします。

発症年月日 年 月 日

② 上記の者が、インフルエンザの疑いにより受診したことを証明いたします。

受診結果（病名）：

受診年月日 年 月 日

星美学園中学校高等学校 学校長 殿

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

保護者記入欄【インフルエンザに限り登校判断は保護者】但し、※4の場合は医療機関へ。

下表に日付・体温をご記入ください。また、解熱した日に○をし、解熱した後2日を経過していることを確認してください。

	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日付	/	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
解熱日								

※1 最低でも5日目までは学校をお休みください。

※2 出席停止期間は、原則発症してから解熱後2日目までです。

※3 解熱日が4日目以降になった場合は、解熱後2日を経過を待ってから、登校してください。（例：4日目に解熱した場合、登校は7日目）

※4 微熱が続く・咳が出るなど、症状が一週間以上残る場合には、医療機関を再受診してください。

登校再開日 年 月 日 保護者名

印