インフルエンザ療養報告書

岡山県共生高等学校　　コース　　年　　組　氏名

発　症　日：令和　　年　　月　　日
診　断　日：令和　　年　　月　　日
医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
診　断　名：インフルエンザ　　A型・　　B型・　　不明
（該当するものに〇をつけてください）
解　熱　日：令和　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日

保護者氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

【インフルエンザの出席停止期間の基準】

①～③を満たしたら、再登校が可能です。

① **発症した日の翌日を初日（１日目）として、５日間を経過していること。**
② **解熱（平熱 37.5℃未満に下がること）した翌日を１日目として、２日を経過していること。**
③ ①②の両方を満たしていること。

※学校保健法施行規則第 19 条第２項
「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」

【発症日からの経過】

毎日検温をし、下表に記入して学校に提出してください。測定時刻は大体同じ時刻にしてください。

発症日は０日とします

最低５日はお休み下さい

発症後	月　日（曜日）	測定時刻	体温	症状
０日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
１日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
２日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
３日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
４日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
５日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
６日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
７日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
８日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
９日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	
10 日目	月　日（　　）	時　　分	.　　℃	

必ず記入して、提出ください。