

# インフルエンザ治癒報告書

( )年( )組 名前 \_\_\_\_\_

発症日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \*発熱等の症状が出た日を記入してください。

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

診 断 インフルエンザ A型 ・ B型 ・ 不明  
\*当該項目を○で囲んでください。

療養した期間 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

受診医療機関名 \_\_\_\_\_

上記期間加療していましたが、感染の恐れもなく、集団生活ができる状態になりました。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

病院受診が証明できる書類のコピー（貼り付け）