

インフルエンザ受診報告書

※医師が記入

【患者名： _____】

症状の発現 (発症日 0 日目)	期 日	年 月 日
医療機関受診	期 日	年 月 日
	医療機関名 医師氏名	
	診 断 名	インフルエンザ (A型 ・ B型 ・ 不明 ・ 疑い)

保護者記入欄

(平常時の体温： _____ 度)

	体温測定月 日	測定時間：体温	測定時間：体温
発症日	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
1 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
2 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
3 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
4 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
5 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
6 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
7 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
8 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度
9 日目	月 日	午前 時ごろ： 度	午後 時ごろ： 度

※発熱期間が長く、記録できない場合は余白に記入してください。

発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日を経過したため、登校させることといたします。

年 月 日 (登校日)

年 組 番 児童・生徒名 _____

保護者名 _____ 印