

県立八重山高等学校長

インフルエンザ快復届

年 組 番 氏 名

1. 症状出現日： _____ 月 _____ 日
2. 下記の医療機関で インフルエンザ (A型・B型・陰性) ※○印して下さい。

と診断されました。

受診月日： _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

受診時の、調剤説明書または、領収書等のコピーを添付して提出して下さい。

3. 検温結果

下記のとおり、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後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。

体温測定月日時	測定時間：体温	測定時間：体温
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
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
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

(発熱期間が長く、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

※インフルエンザ症状(発熱・悪寒・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛等)が続くようであれば、病院受診をして下さいますようお願いいたします。学校において感染拡大を防ぐため受診結果は、学校へ連絡して下さいをお願いします。