

インフルエンザ罹患証明書 (医療機関記入)
Atestado de Influenza (preenchimento do Hospital)

氏名 _____ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記患者は、インフルエンザに感染しているものと証明いたします。

症状出現日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (発症 0 日)

診 断 日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

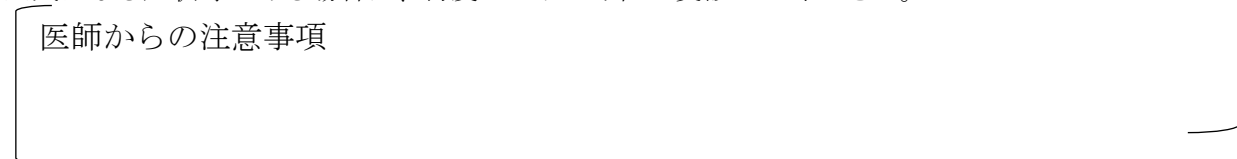
医療機関名：

医師氏名又は代表者氏名： _____ 印

学校保健安全法施行規則第 19 条第 2 項 インフルエンザ (新型インフルエンザ・鳥インフルエンザ等を除く。) の出席停止期間『発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日 (幼児にあつては、3 日) を経過するまで』とされています。

※気になる症状等がある場合は、再度かかりつけ医へ受診してください。

医師からの注意事項



いんふるえんざけいかほうこくしょ ほごしゃきにゆう
インフルエンザ経過報告書 (保護者記入)

Relatório do quadro clínico da influenza (Os Pais devem preencher)

Dia que surgiu os sintomas	Data	Horário que mediu a temperatura no período da manhã: graus de febre	Horário que mediu a temperatura no período da tarde: graus de febre
0° dia	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus
1° dia	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus
2° dia	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus
3° dia	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus
4° dia -	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus
5° dia	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus
6° dia	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus
7° dia	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus
8° dia	mês dia	AM hrs min: graus	PM hrs min: graus

Considerando o dia que surgiu os sintomas como 0 dia, inclua mais 5 dias ao contar do dia seguinte (no total de 6 dias) para retornar à escola (creche). Deve estar incluído os 2 dias completos sem a febre (crianças pré escolares são 3 dias) , contando 0 o dia que abaixou a febre.

série kumi Nome do aluno(a) _____

Nome do Pai ou (Responsável) _____