

Certificado de Enfermedad de la Influenza (devera ser rellenado por la institución médica)
インフルエンザ罹患証明書 (医療機関記入)

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 (幼児にあっては、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

インフルエンザ経過報告書 (保護者記入) Informe del progreso de la Influenza (el apoderado debe rellenar)

Table with 4 columns: Dia de diagnostico, Mes · Fecha, Periodo de la mañana, horario que midio la temperatura : Temperatura corporal, Periodo de la tarde, horario que midio la temperatura : Temperatura corporal. Rows for 0 día to 8vo día.

Apartir del 0 día despues que fue diagnosticado con influenza, son 5 días (total 6 días) no podra asistir a clases. También apartir del 0 día que empezo a bajar la fiebre, se incluye los dos dias despues con temperatura normal (en caso de niños de edad pre escolar 3 días).

grado sección Nombre del Alumno

Nombre del Apoderado