

インフルエンザ・コロナウイルス罹患証明書

氏 名 生年月日 令和 年 月 日

上記患者は、インフルエンザ・コロナウイルス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:

保護者氏名: _____ 印

※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

[_____]

経過報告書 (保護者記入)

発症日	日時	午前測定時刻: 体温	午後測定時刻: 体温
0日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
1日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
2日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
3日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
4日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
5日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
6日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
7日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
8日目	月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度

※記入日や登園可能日等が分からない場合は、25ページの資料を参考にしてください。