

## インフルエンザ診断書(医師意見書)

有限会社 すみれ福祉会  
代表 片倉 憲太郎 様

クラス名 \_\_\_\_\_

児童氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

病名 インフルエンザ ( A ・ B 型 )

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ (印)

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

感染力のある期間に考慮し、お子様の健康状態が集団生活に可能となつてからのご利用にご配慮下さい。  
感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぎ、お子様達が一快適に生活できますよう、ご協力お願いします。

●下記の表に発熱日のご記入をお願いします。

例) 12月5日に発熱日し、12月6日にインフルエンザAと診断された場合

0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10	12/11

発熱期間	発熱日	発熱後5日間(出席停止期間)					発熱後5日を経過			
	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目
記入欄	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1日目に解熱した場合		解熱	1日目 2日目				登所			
2日目に解熱した場合			解熱	1日目 2日目			登所			
3日目に解熱した場合				解熱	1日目 2日目		登所			
4日目に解熱した場合					解熱	1日目 2日目	登所			
5日目に解熱した場合						解熱	1日目 2日目	登所		