

インフルエンザ療養報告書

スマイル保育園 園長 様

組 氏名

1. 診断を受けた医療機関： _____

2. 診断日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (診断型：A型 B型 不明)

【登校再開には下記3・4両方の基準を満たす必要があります。】

3. 発熱等の症状が出た日(発症日)を0日とし、翌日から数えて5日を経過している。

➡発症日： ____ 月 ____ 日

4. 解熱した日を0日とし、翌日から数えて2日(保育園児は3日)を経過している。

➡解熱した日： ____ 月 ____ 日

上記3・4両方の基準を満たしていますので、 ____ 月 ____ 日より登校を再開します。

上記のとおり相違ありません。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者署名

※医師による証明は必要ありません。

※出席停止期間については裏面をご参照ください。

