

インフルエンザ治癒報告書

聖セシリアこども園 園長 殿

聖_____組 園児氏名_____

1. 病 名 インフルエンザ_____型

2. 発 症 日 年 月 日

解 熱 日 年 月 日 (. °C)

3. 受診した医療機関名及び受診日

医療機関名 _____

受 診 日 年 月 日

4. 出席停止期間 年 月 日 ~ 月 日

※発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 3 日を経過するまで。

(医師の指示:)

上記の通り、発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 3 日を経過して、
体調が回復しましたので、ご報告いたします。

年 月 日

保護者氏名

[印]

※この証明書は保護者に記入していただくものであり、医療機関で記入してもらうものではありません。