

インフルエンザ診断報告書

学校名	四街道市立みそら小学校
学年・組	年 組 氏名
診断名	インフルエンザ {A型・B型・その他 () }
発熱した日	年 月 日
診断年月日	年 月 日
解熱した日	年 月 日
出席停止期間	年 月 日 ~ 月 日 ※ 発症後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで
医療機関名	

年 月 日 保護者名 _____ 印