

施設名

氏名

生年月日

平成・令和

年

月

日

上記患者は、インフルエンザに感染しているものと診断いたします。

医療機関記入欄

診 断 A型 B型 臨床初見 その他 ()

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：

医師氏名又は代表者氏名：

※ 熱が下がらない等、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。

施設長 様

保護者記入欄

体温記録表（午前・午後の2回検温し、下表に折れ線グラフで表してください）

発症日	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	
日にち	/		/		/		/		/		/		/		/		/		/	
体温	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
40.0℃																				
39.5℃																				
39.0℃																				
38.5℃																				
38.0℃																				
37.5℃																				
37.0℃																				
36.5℃																				
36.0℃																				
35.5℃																				
登園停止期間（発症後5日かつ解熱後3日。ただし、体調回復が思わしくないときは再受診）																				

※ 体温管理が9日を超えた場合には、体温記録表のみ2枚目を作成してください。

上記のとおり、発症から5日を経過し、かつ、解熱後3日を経過したので、登園停止措置の解除をお願いします。

令和 年 月 日 保護者氏名