

# インフルエンザ治癒報告書

和歌山県立きのかわ支援学校長 様

小・中・高等部 年 氏名 \_\_\_\_\_

**【療養経過について】**

症 状	発症日時	月 日 ( ) : 頃							
	症 状	・関節痛                      ・咽頭痛                      ・せき ・下痢、腹痛                  ・嘔気                          ・嘔吐 ・その他 ( )							
	体 温 測 定 経 過	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
		月日							
体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
※自宅療養中の体温測定をお願いします。									
医 療 機 関 受 診	日 時	月 日 ( ) : 頃							
	医療機関名								
	医 師 名								
	診 断 名	インフルエンザ ( A型 ・ B型 )							
	投 薬 内 容	・タミフル ( ) 日                  ・リレンザ ( ) 日 ・イナビル ( ) 日                  ・その他 ( )							
	医師からの指示事項	熱が下がった日時 月 日 ( ) : 頃 登校可能日 月 日 ( ) から							
療 養 期 間 中 の 様 子	※気になる点等がありましたら、ご記入ください								

上記のとおり、医師より登校許可が出ましたので、 月 日 ( ) より登校させることといたします。

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印