

園児氏名 _____

保護者氏名 _____

学校感染症インフルエンザ用 登園許可願い

- * 受診時に、この「登園許可願い」を持参し、以下の項目で必要なことを医師に確認し、保護者がご記入ください。
- * 再登園の初日の朝に、この「登園許可願い」を担任にご提出ください。

・インフルエンザの種類

インフルエンザ（A型・B型・検査をしなかった）

その他（ _____ ）

・主な症状 発熱 （38℃未満・38～40℃未満・40℃以上）

呼吸器症状（咳・のどの痛み・鼻水・鼻づまり）

その他 _____

・医師から指導されたこと _____

・発症（発熱、咳・咽頭痛・鼻水などの症状が出た日）した日 _____ 月 _____ 日

・インフルエンザと診断された日 _____ 月 _____ 日

・治療薬を服用した日数・期間

（ _____ ）日間 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日

・平熱になった日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

・出席停止の期間（インフルエンザによる早退・遅刻は出席停止になります。）

_____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日

・登園を許可された日 _____ 月 _____ 日

・受診した医療機関名 _____

// 所在地 _____

// 医師氏名 _____