

インフルエンザによる経過報告書

県立紀伊コスモス支援学校

小学・中学・高等 部 年 組 氏 名 _____

1. 受診した医療機関と病名

受診医療機関名	
医療機関受診日	令和 年 月 日 ()
診断を受けた病名	インフルエンザ A 型 インフルエンザ B 型 疑い

(該当する箇所に○をつけてください)

2. 日付とその日で最も高かった体温を記入してください。

① 発症した後5日を経過した

発症日 0日目	発症後 1日目	発症後 2日目	発症後 3日目	発症後 4日目	発症後 5日目	★発症後 6日目
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

② 解熱した後2日を経過した

最後に 発熱した日	解熱日 0日目	解熱後 1日目	解熱後 2日目	★解熱後 3日目
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
℃	℃	℃	℃	℃

③ 登校再開日

① と②の太枠★の日付のうち、
遅い方が登校再開日となります。

登校再開日
月 日

令和 年 月 日

保護者名 _____

<備考>

インフルエンザによる出席停止期間

登校していいのは、
この2つがそろった時

解熱後
2日が経過している



発症後
5日が経過している

※発熱がみられた日を
発症とします

※ただし、医師に「感
染のおそれがない」
と認められた時は登
校してもOK

