

保護者様

「インフルエンザ経過記録」



感染拡大や重症化を防ぐため、毎朝、体温測定等健康チェックをお願いします。

* 該当するところに、レ点チェックもしくは、必要事項をご記入ください。

* 受診した日からでなく、インフルエンザ様症状が始まった日から、再登校する日まで記入してください。

月 日	体温	症 状						受診
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	
/	. °C	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 関節の痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> その他()	

★発症日は、病院に受診した日ではなく、インフルエンザ様症状が始まった日です。

インフルエンザによる学校の出席停止期間

発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで
（学校保健法施行規則第19条 2012年4月1日改正）

たとえば、症状が現れてから2日目に熱がさがった場合



たとえば、症状が現れてから4日目に熱がさがった場合

