

罹患証明書

相愛学園

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者下記の感染症に感染していることを証明します。

当該項目を○で囲んでください。

- ・インフルエンザ（特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザを除く）
- ・新型コロナウイルス感染症

症状出現日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（発症日0日）

診 断 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印 _____

診察いただきました先生ありがとうございました。

経過報告書

相愛学園

園児名 _____ 組 _____

保護者名 _____ 印 _____

| 発症日 | 月 日 | 午前測定時刻：体温 | 午後測定時刻：体温 |
|--------------|-----|-----------|-----------|
| 発症日 (0日目) | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 1日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 2日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 3日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 4日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 5日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 6日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 7日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 8日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 9日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |
| 10日目 | 月 日 | 午前 時 分： 度 | 午後 時 分： 度 |

※学校保健安全法施行規則第19条第2項により

インフルエンザ『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』

新型コロナウイルス感染症『発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで』

自己判断せず必ず医師の指示に従ってください。