

感染症の経過報告書

～インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症～

生徒情報

中学 高校	年	組	番	フリガナ	所属クラブ
				名前	

感染症の内容

1. 診断名※インフルエンザまたは新型コロナウイルス感染症のどちらかあてはまる方に○印を記入してください。

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ (A型・B型・不明)
--------------------------	--------------------

↑『発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで』とする。

<input type="checkbox"/>	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』とする。

2. 医療機関名 _____ (受診日： 月 日)

3. 出席停止期間 _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

(学校を休んだ日付を記入してください。)

4. 発熱日 _____ 年 月 日 午前・午後 時 分 (. °C)

※以下については、発熱後の経過をご記入ください。

	体温測定日時	測定時間・体温	備考
0日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
1日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
2日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
3日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
4日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
5日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
6日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
7日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
8日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
9日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	
10日目	月 日 ()	午前・午後 時 分 . °C	

5. 記入

日付： _____ 年 月 日 保護者名： _____

担任・副担任	保健室