

※保護者においてご記入ください。

## インフルエンザ罹患報告書

岡山県立西備支援学校（ A ・ B ） 部 年 氏名

発症日：令和 年 月 日（ ）

診断日：令和 年 月 日（ ）

医療機関名： \_\_\_\_\_

診断名：インフルエンザ（ A 型 ・ B 型 ・ 不明 ） ※該当するものに○を付けてください。

解熱日：令和 年 月 日（ ）

保護者氏名（自署）： \_\_\_\_\_

### 発症日からの経過

午前／午後の検温を行い、下の表に記入したものを学校にご提出ください。

発症後	月 日（曜日）	測定時刻：体温（午前）	測定時刻：体温（午後）
0日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
1日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
2日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
3日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
4日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
5日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
6日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
7日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
8日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
9日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C
10日目	月 日（ ）	時 分： . °C	時 分： . °C

※発症した日を0日目とします。

【連絡欄】

