

( 年 月 日 )

大和市立南林間小学校長 様

## インフルエンザ治ゆ届

インフルエンザにかかりましたが、医師の診断により治ゆと認められましたので、下記のとおり届けます。

年	組	児童氏名
<hr/>		
1. 受診日	(	年 月 日 )
2. 医療機関名	(	)
3. 休んだ期間	月 日 より	
	月 日 まで	日間

保護者氏名 

---

**\*医療機関で書いてもらう必要はありません。**

どのような症状がでましたか？

- |            |        |        |
|------------|--------|--------|
| 1. 発熱 ( )  | 2. 頭痛  | 3. 倦怠感 |
| 4. 咳       | 5. 咽頭痛 | 6. 下痢  |
| 7. 腹痛      | 8. おう吐 |        |
| 9. その他 ( ) |        |        |

- 1 医師にインフルエンザと診断された場合のみ、この届出が必要となります。インフルエンザと診断された場合、速やかに担任までご連絡ください。
- 2 出席停止に関わるインフルエンザ以外の治ゆ証明書は、3枚複写の用紙です。担任までご連絡ください。

A  
5  
キ  
リ  
ト  
リ