

インフルエンザ罹患証明書

天理幼稚園
園長 上田 恵美 様

天理幼稚園 _____ 組

氏 名 _____

上記の園児、インフルエンザに罹患したことを証明いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____

医 師 名 _____ 印

保護者の方へ・・・健康観察をお願いします。体温と健康状態を○△×でご記入ください。
(○・・・ある、△・・・少し、×・・・ない)

発症から登園可能まで	症状	体温℃			頭痛	のどの痛み	咳	鼻水	腹痛	おう吐	下痢
		朝	昼	夕							
月 日											
月 日											
月 日											
月 日											
月 日											
月 日											
月 日											
月 日											

上記の者は、解熱した翌日を1日目として3日目を経過し、かつ、発症した翌日を1日目として5日目を経過しました。よって、____月____日より登園させますので、許可くださいますようお願いいたします。

保護者氏名 _____ 印