

保護者様

インフルエンザの経過を下記確認事項にご記入の上、お知らせください。

平成 年 月 日

インフルエンザ確認事項

年 組 氏名	部活動	部
	質 問	内 容
1	症状（だるさ、咳、鼻水等）が出た日	月 日（ ） 症状（ 高熱 ・ 咳 ・ だるさ ・ 熱感 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水や鼻閉 ・ 筋肉や関節痛 ・ 頭痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 結膜炎 ・ その他 ）
2	発熱した日	月 日（ ）
3	医療機関を受診した日 簡易検査の有無及び診断	月 日（ ） 簡易検査（ 有 ・ 無 ） 結果： A型 陽性・陰性 B型 陽性・陰性
4	薬の投与の有無 医師からの指示	薬（ 有 ・ 無 ）（ リンザ ・ タミフル ・ その他 ） 指示内容：
5	発熱後どのような生活をしていましたか	
6	入院の場合	入院日： 月 日（ ） 退院日： 月 日（ ）
7	現在の状況について 療養場所・発熱の有無・服用の有無	療養場所（ 自宅・病院・その他 ） 発熱（ 有 ・ 無 ） 薬服用（ 有 ・ 無 ）
8	治療は終わりましたか 医師の証明（学校の登校証明書）について	治療（ 済 ・ 継続中 ） 証明（ 済 ・ 未 ）
9	発熱前日から1週間前からの行動について 学校、部活動、仕事、その他どのような行動でしたか	
10	家族の健康状況はどうか	

※学校保管(保健室)