

# インフルエンザ治癒報告書

相模原市立谷口小学校

学年・クラス	年	組
児童氏名		
保護者氏名	印	

医療機関にてインフルエンザと診断され、その後、治癒いたしましたのでお知らせします。**(医師の証明は必要ありません)**

1. 発症日 年 月 日 ( ) 曜日
2. 受診日 年 月 日 ( ) 曜日
3. 医療機関名 ( )
4. 症状 (当てはまるものに○をつけてください)  
発熱 ( °C) 咽頭痛 咳 鼻水  
鼻づまり 頭痛 倦怠感  
その他 ( )
5. 解熱日 (平熱に戻った日) 月 日 ( ) 曜日
6. 学校を休んだ期間  
年 月 日 ~ 月 日 ( 日間)

# インフルエンザ治癒報告書

相模原市立谷口小学校

学年・クラス	年	組
児童氏名		
保護者氏名	印	

医療機関にてインフルエンザと診断され、その後、治癒いたしましたのでお知らせします。**(医師の証明は必要ありません)**

1. 発症日 年 月 日 ( ) 曜日
2. 受診日 年 月 日 ( ) 曜日
3. 医療機関名 ( )
4. 症状 (当てはまるものに○をつけてください)  
発熱 ( °C) 咽頭痛 咳 鼻水  
鼻づまり 頭痛 倦怠感  
その他 ( )
5. 解熱日 (平熱に戻った日) 月 日 ( ) 曜日
6. 学校を休んだ期間  
年 月 日 ~ 月 日 ( 日間)