

インフルエンザ 登園許可証

(保護者記入)

*のびのび保育園・すくすくこども園 (該当園に○をつけてください)

児童氏名： _____ (生年月日：H・R 年 月 日)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____ において
インフルエンザ (_____ 型) と診断されました。

下記のとおり、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過しましたので、出席停止措置の中止をお願いいたします。(発熱初日・午前午後とも解熱した初日を0日と数える。)

体温測定月日時	測定時間：体温	測定時間：体温
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度

(発熱期間が長く、解熱3日が記録できない場合は、裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどしてください。)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名： _____ 印