インフルエンザ治癒証明（保護者記載）

※　出席停止期間は・・・**熱が下がって（平熱）２日経過するまで**。
※　登校する場合は、出席停止期間を守り、検温記録を記載し、証明書として提出して下さい。
（登校して良いかの確認のため病院で受診する必要はありません。）
※　提出は担任まで。

島袋小学校　　年　　組氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診断名（型も記入・・・わかる範囲で）　【　　】

発熱した日　：　　月　　日

受診した月日と医療機関名【　　月　　日　：　　】

出席停止期間中の体温

体温測定日時	**午前** 測定時刻：体温	**午後** 測定時刻：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