

治癒報告書

栄小学校長 様

年 氏名

上記の者の下記疾患は、治癒しており他に感染のおそれはないことを報告いたします。

記

1 疾患名 インフルエンザ 型

2 発症日（咳・鼻水・発熱等かぜ様の症状が出た日） 令和 年 月 日

3 受診した医療機関名及び受診日

・医療機関名： _____

・受診日： 令和 年 月 日

4 治癒の根拠（※それぞれ月日を記入してください）

・発症した後5日を経過した。

発症0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

・解熱日（平熱に下がった日）の後2日を経過した。

解熱0日目	1日目	2日目
月 日	月 日	月 日

令和 年 月 日

保護者氏名

印