

インフルエンザ 罹患申出書

(所属) _____ 学部 _____ 学科 _____ 年 _____

(氏名) _____ (学生番号) _____

この度、下記のとおり、インフルエンザ（疑いも含む）に感染しているものと診断を受けました。
罹患を証明する書類（診療報酬領収書及び処方薬説明書等）を添えて申し出いたします。

記

症状出現日：令和 年 月 日（発症0日）

診断日：令和 年 月 日

出席停止期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

医療機関名：

インフルエンザ検査結果： A型陽性 B型陽性 症状でインフルエンザと診断

インフルエンザ治療薬剤名：

※ 服用状況については「経過表」の治療薬記入欄の該当項目に○をつけてください。

医師からの注意事項： なし あり（詳細 _____）

「経過表」

発症日	※ 治療薬	午前測定時刻:体温	午後測定時刻:体温
0日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C
1日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C
2日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C
3日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C
4日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C
5日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C
6日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C
7日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C
8日目 月 日	内服・吸入	時 分: °C	時 分: °C

学校保健安全法施行規則第19条第2項インフルエンザ（新型インフルエンザ・鳥インフルエンザ等を除く）の出席停止期間『発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで』とされています。

☆「インフルエンザの出席停止期間早見表」参照

※ なかなか解熱しない、気になる症状があるなどの時は、再度かかりつけ医へ相談してください。

学生自身がこの申出書を作成し、保健室（西棟1階）へ提出して、
確認を受けてから所定の手続きを行ってください。

◇ 問い合わせ先（保健室 03-5995-8281）

保健室確認印