

治 癒 報 告 書

上高井保育園 園長 様

クラス名 _____

園児氏名 _____

上記者の下記疾患は、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

2 発症日（咳・鼻水・発熱等かぜ様の症状が出た日） 年 月 日

3 受診した医療機関名および受診日

(1) 医療機関名

(2) 受診日： 年 月 日

4 治癒の根拠（日にちを記入してください。）

(1) 発症した後 5 日を経過した。

発症日 (0 日目)	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目
/	/	/	/	/	/

(2) 解熱した後 3 日を経過した。

解熱日 (0 日目)	1 日目	2 日目	3 日目
/	/	/	/

年 月 日

保護者氏名 _____ (印)