

※発熱後12時間経過後に受診しましょう

受 診 書	
ちくば認定こども園 園長 殿	クラス名
園児名	()
受診結果を○で囲んで下さい。	
1. インフルエンザ()型と診断します	
_____年 _____月 _____日	
受診医療機関名 _____	

※ インフルエンザによる登園停止期間の基準は、裏面に記載しています。

下記の表に発熱時より体温の記入をお願いします。

(発熱期間が長く、解熱3日が記録できない場合は、別の記録用紙を添付するなどして下さい。)

体温測定月日	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

登園可能になりましたので、登園停止措置の中止をお願い致します。

平成 年 月 日

保護者氏名:

印