

インフルエンザ完治に伴う登園届け

しおひら保育園園長 殿


園児名 _____

平成 年 月 日医療機関名「 _____ 」において
病名「インフルエンザ A型・B型」と診断され、発症した後5日を経過し、
解熱後2日を経過しました。集団生活に支障がない事を証明し登園致します。

期間： 年 月 日 () ~ 月 日 ()

< 体温測定記録 >

日数	発症日	1日目 (診断日)	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
月日 (曜日)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
夕	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃



必ず休まないとい
けない期間！！

保護者名 _____

印 _____