

かぜ等発熱経過報告書 (保護者記入)

クラス _____

氏名 _____

1. 診断名 _____

2. 受診した医療機関名及び受診日

医療機関名 _____

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 経過

解熱日 0日目	解熱後 24時間	呼吸器症状	登園可能
月 日 °C	月 日 °C	咳 あり・なし 鼻水 あり・なし 咽頭痛 あり・なし	月 日 °C

_____ 年 _____ 月 _____ 日
保護者氏名