

学校感染症受診報告書（医証）

学校法人 東福岡学園
東福岡高等学校・自彊館中学校

年 組 番 氏名

疾病名（チェックをお願いします）

上記の者は

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型・B型） | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |
| <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） | <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） |
| <input type="checkbox"/> 風しん | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

と診断しました。

自宅安静加療必要期間

令和 年 月 日 ～令和 年 月 日まで（ 日間）

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印 _____

※太枠線内のみ医療機関でご記入ください。

以上のとおり受診しました。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ ㊟

※学校からのお願い

この書類は生徒の出席停止の申請としてのみ使用させていただくものです。

不都合な点等ございましたら貴院の所定の用紙にて証明くださいますようお願いいたします。