

感染症罹患による欠席報告書

長浜市立高月中学校

年 組 氏名

発病した日 (1)	平成 年 月 日 (インフルエンザの場合、発熱、倦怠感(体のだるさ)、筋肉痛などがみられた日)
医療機関受診日	平成 年 月 日
受診した医療機関 (病院・医院の名称)	病院・医院・クリニック・診療所
診断された病名	(インフルエンザの場合: A型・B型・医師の臨床診断)
症状がなくなった日 (2)	平成 年 月 日 (インフルエンザの場合は、解熱した日)
学校を欠席した期間	平成 年 月 日から (土・日曜日も含めて) 月 日まで
補足事項 (医師からの指導事項等)	インフルエンザの場合、 (1)の翌日から5日以上、かつ(2)の日から2日以上経過するまで自宅療養が必要です

医師の指導に従い、学校を欠席(自宅療養)したことを報告します

長浜市立高月中学校

学校長 様

平成 年 月 日

保護者氏名

印