

# 学校感染症治癒報告書

生徒氏名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番 氏名 \_\_\_\_\_

診 断 名 \_\_\_\_\_

期 間 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

\*期間は必ず医師に確認してください。

受診医療機関名 \_\_\_\_\_

\*場合によっては、医療機関に確認をとることがあります。

上記の感染症のため治療、休養していましたが、他に感染のおそれがないと医師に認められ、登校を許可されました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 医師に確認のうえ、保護者で記入し、受診を証明できるもの（薬の説明書または調剤明細書等のコピー）を添付してください。