



インフルエンザ 受診報告書

(A型・B型・不明)

診断を受けた医療機関に確認のうえ、保護者の方がご記入ください

※ 中高等部定期試験期間と山の上学校期間は、使用不可

年 組 番 氏名

| | | | | | | | | | | |
|----------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| 出席 停止 期間 | 発症した日 | 0 日目 | 1 日目 | 2 日目 | 3 日目 | 4 日目 | 5 日目 | 6 日目 | 3 日目 | |
| | | | / | / | / | / | / | / | / | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |
| 医 師 名 | |

上記の通り、報告いたします。

20 年 月 日 保護者名

