



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 | ※ 発症した日 (発熱した日) | |
| | 0日目 | <input type="text"/> | |
| | 1日目 | <input type="text"/> | |
| | 2日目 | <input type="text"/> | |
| | 3日目 | <input type="text"/> | |
| | 4日目 | <input type="text"/> | |
| | 5日目 | <input type="text"/> | |
| | | | 熱が下がった日 |
| | | | 0日目 |
| | | | 1日目 |
| | | | 2日目 |
| | 6日目 | <input type="text"/> | 3日目 |
| | | どちらか遅いほうが登校許可日となります。 | |
| | 登校許可日 | | |
| | 20 年 月 日 | | |
| | 実際の登校日 | | |
| | 20 年 月 日 | | |
| | 登校許可日以降に欠席した場合はその月日と理由を記載してください。 | | |
| | 〔 〕 | | |

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

