

## インフルエンザ治療報告書

敦賀気比高校・同付属中学校 校長殿

中学 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番 氏名 \_\_\_\_\_  
高校 \_\_\_\_\_

上記の者はインフルエンザ（疑い含む）と診断され、医師の指導により下記の期間、自宅での治療を要したので報告します。

【自宅療養を要した期間（出席停止期間）】

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【症状など】 該当項目にチェックして下さい。

- インフルエンザの型  A型  B型  不明  陰性
- 症状  発熱 ( \_\_\_\_\_ )℃  せき  のどの痛み  頭痛  
 寒気  鼻水  関節痛  倦怠感  はきけ・腹痛  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

医療機関の領収書の写しを貼付して下さい。(貼付がない場合、出席停止と認めません。)

# 領収書貼付

学校伝染病治療報告書

敦賀気比高校・同付属中学校 校長殿

年 組 番 氏名

上記の者は（ ）と診断され、医師の指導により下記の期間、自宅での治療を要したので報告します。

【自宅療養を要した期間（出席停止期間）】

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

【症状など】 該当項目にチェックして下さい。

- 症状
- |                                 |                             |                                |                              |                                 |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱（ ）℃ | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 頭痛  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 寒気     | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 関節痛   | <input type="checkbox"/> 倦怠感 | <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 胃痛     | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 下痢    |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） |                             |                                |                              |                                 |

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

医療機関の領収書の写しを貼付して下さい。（貼付がない場合、出席停止と認めません。）

領収書貼付