

(保護者用) 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

年 組 番 氏名

---

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 ( ) °C  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。)