

(保護者用) 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）】

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

【症状など】 該当項目にチェックして下さい。

- 発熱（ ）℃ せき のどの痛み 頭痛  
寒気 鼻水 関節痛 倦怠感 はきけ、嘔吐  
胃痛 腹痛 下痢  
その他（ ）

保護者氏名

印

医療機関の領収書および処方箋または薬剤明細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。)