

(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）】

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。

- ・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・処方箋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。)