

(保護者用) 学校感染症治療報告書

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）】

年 月 日 ～ 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。）