

学校感染症報告書

提出日：平成 年 月 日

| | | | |
|----------------|---|--------|--------------|
| (クラス) CR | (出席番号) | (生徒氏名) | (保護者氏名) Ⓜ |
| 欠席の理由 (診断名) | | | |
| 欠席の期間 | 平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 () (上記の理由で早退した日も含みます) | | |
| 受診した 医療機関 | (医療機関名) (電話番号) | | |
| 受診した日 | 月 日、 月 日、 月 日 (合計 回) | | |
| 薬の説明書 確認欄 | 確認者 Ⓜ | | |

※病院で処方された薬の説明書（コピー可）を必ず添付してください。確認後、返却いたします。