

学校感染症の報告書

令和 年 月 日

北海道旭川南高等学校長 様

医療機関を受診した結果、次のとおり診断されましたので報告します。

保護者氏名 _____ (署名)

年 組 番 生徒氏名 _____

病名 (感染症名) _____

発 症 日 令和 年 月 日

受診 (検査) 日 令和 年 月 日

受診医療機関名 _____

出席停止期間 令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで
(土日を含む)

※生徒氏名・受診医療機関名・処方日・医薬品名が記載された薬の説明書きや薬の袋等を添付してください。

※医療用抗原検査キットによる自己検査において、新型コロナウイルスが陽性となり、受診していない場合、添付書類は不要ですが、その旨をご記入願います。