

感染症治療報告書

令和 年 月 日

愛知県立緑丘高等学校長 殿

年 組 番 氏名 _____

1 病名

2 受診日

令和 年 月 日

3 受診した医療機関名

4 出席停止期間（医師の指示による）

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

上記の期間加療し治癒しました。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

※保護者の方でご記入いただき、医療機関を受診したことが証明できる書類（診療報酬明細書、検査結果用紙、薬の説明書・明細書等）を添付の上、担任へご提出ください。