

感染症罹患による欠席報告書

長浜 市立 速水小 学校

年 組 (氏名)

発病した日 (1)	令和 年 月 日 (インフルエンザの場合、発熱、倦怠感 (体のだるさ)、筋肉痛などがみられた日)
医療機関受診日	令和 年 月 日
受診した医療機関 (病院・医院の名称)	病院・医院・クリニック・診療所
診断された病名	(インフルエンザの場合: A型・B型・医師の臨床診断)
症状がなくなった日 (2)	令和 年 月 日 (インフルエンザの場合は、解熱した日)
学校を欠席した期間	令和 年 月 日 から <u>(土・日曜日も含めて)</u> 月 日 まで
補足事項 (医師からの指導事項等)	インフルエンザの場合、 (1) の翌日から5日以上、かつ (2) の日から2日以上経過するまで自宅療養が必要です

医師の指導に従い、学校を欠席 (自宅療養) したことを報告します

長浜市立速水小学校長 様

令和 年 月 日

保護者氏名

印