

## 罹 患 報 告 書

下記に記入し、学校へご提出ください。

※1:病名と出席停止期間の基準を別表でご確認いただき、医師から登校可能と指示された月日を、「診察結果」欄にご記入ください。

|          |                    |
|----------|--------------------|
| 学年・組     | □ 年 □ 組 □ 番        |
| 氏 名      | 倉敷 太郎              |
| 病 名      | インフルエンザ            |
| 医療機関名    | 〇〇クリニック            |
| 診断日      | 年 月 日              |
| 発症日      | 年 月 日              |
| 診察結果(※1) | ◎ 年 △ 月 〇〇 日から登校可能 |

検査キットによる自己検査で「新型コロナウイルス感染症」と判明し、受診しなかった場合は「診断日」及び「医療機関名」の記入は不要です。

記 入 日： 年 月 日

保護者名(自署)：

**※再登校時に必ず学校に提出してください※**