

埼玉県立新座柳瀬高等学校長様

年 組 番 氏名

保護者名

印

治癒報告書

上記の者、平成 年 月 日 下記の通り診断したことを報告します。

(第二種)

- 1 インフルエンザ
- 2 百日咳
- 3 麻疹
- 4 流行性耳下腺炎
- 5 風疹
- 6 水痘
- 7 咽頭結膜熱
- 8 結核
- 9 髄膜炎菌性髄膜炎

(第三種)

- 10 細菌性赤痢
 - 11 腸管出血性大腸菌感染症
 - 12 腸チフス
 - 13 パラチフス
 - 14 流行性角結膜炎
 - 15 急性出血性結膜炎
 - 16 その他の感染症
- ()

※その他の感染症については主治医の判断に従ってください。

※罹った病名に○印をしてください。

※これらの病気は医師が登校可能と認めるまで出席停止です

上記の者、平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日まで
出席停止期間として報告します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

※医師の署名捺印は、医師の診断結果を元に保護者が記入しても構いません。但し、保護者が記入する場合は、裏面に医療機関の領収書の写しを添付してください。