

No. _____

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

校 長	教 頭	教務主任	保健主事	学年主任	担 任
	←	←	←	←	←

※矢印の順に回覧、押印願います。全て回覧後、保健室保管

保護者記入

治 癒 報 告 書

茨城県立麻生高等学校長 殿

_____ 年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏名

保護者氏名 _____ 印 _____

以下のとおり、医師による診断（指示）を受けましたのでご報告します。

病 名 1. インフルエンザ（ _____ 型） 2. 水痘 3. 流行性耳下腺炎
4. 風疹 5. 麻疹 6. その他（ _____ ）

受診年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師の指示事項 _____

出席停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関名 _____

※受診の証明となる診療費明細書や検査結果、処方薬の説明書（氏名・受診日・医療機関名等が記載されているもの）のコピーを裏面に添付してください。別途、医師の診断書の提出を求める場合があります。

※この報告書は、できれば登校可能となった当日、もしくは登校可能日から1週間以内に必ず提出してください。治癒報告書の提出がない場合には、欠席扱いとなります。また、自宅での検査キットによる新型コロナウイルス陽性については出席停止扱いを受けられません。医師の診断を受けるようお願いいたします。