学校感染症に関する報告書

北海道三笠高等学校

　　年　　番　　氏名

　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　印

医療機関記入欄

　病名

　発症日

平成　　　年　　　月　　　日

　出席停止期間

平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　日間）

平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　医師名：　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学校使用欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １担任 | ２教務 | ３保健室 |
|  |  |  |

・担任　→教務　→保健室の順で確認

・保管：保健室