

感染症治療報告書

令和 年 月 日

愛知県立緑丘高等学校長 殿

年 組 番 氏名 _____

1 病名（レ点を付けてください）

インフルエンザ（ 型） コロナウイルス 陽性

2 受診日

令和 年 月 日

3 受診した医療機関名

4 出席停止期間（医師の指示による）

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の期間加療し治癒しました。

令和 年 月 日

保護者等氏名

※保護者等の方でご記入いただき、医療機関を受診したことが証明できる書類（コピー可）を添付の上、担任へご提出ください。

インフルエンザに感染したことが証明できる書類

- ・診療報酬明細書と、検査結果用紙またはインフルエンザ治療薬であることがわかる薬の説明書等

コロナウイルスに感染したことが証明できる書類

- ・診療報酬明細書と、検査結果用紙

その他の感染症に感染したことが証明できる書類

- ・診療報酬明細書と、検査結果用紙、薬の説明書、薬の明細書等のいずれか一枚