

年 月 日

活水中学高等学校  
校長 大岩 厚 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 学校感染症罹患報告書

第 学年 組 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

医師により学校感染性疾患に罹患したと診断され、治療し、感染症予防上支障がないと判断されましたので、 月 日より登校いたします。

※ 薬の説明書返却希望 ( あり ・ なし )

---

### ※各主治医の先生へお願い (医師記入欄)

ご多忙のところ恐れ入りますが、診察ならびに治療につきまして、よろしく  
お願い致します。なお、学校への報告として下記をご記入の上、お返しく  
ださいようお願い致します。

感染症名 ( \_\_\_\_\_ )

出席停止期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

---

《学校使用欄》

※保護者の方は記入しないでください。

出席停止期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日