受診・治癒報告書

島根県立松江北高等学校長　様

R　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関を受診したところ、下記の通り診断されました。医師の指示のもと療養した結果、全治しましたので報告します。

（1）　病　　名

（2）　医療機関名

（3）　療養期間

平成　　年　　月　　日（　　）～ 平成　　年　　月　　日（　　）

平成　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

＊医療機関で証明していただく必要はありません。
＊担任又は保健室へ提出してください。
＊定期試験中は、従来どおり証明となるものを提出してください。

【学校において予防すべき感染症の一例】
インフルエンザ（発症後 5 日を経過し、かつ解熱後 2 日間は出席停止）
百日咳　　麻しん　　流行性耳下腺炎　　風しん　　水痘　　咽頭結膜熱　結核
髄膜炎菌性髄膜炎（平成 24 年度から新たに加わりました）
その他
不明な点があれば保健室までご連絡ください。