感染症罹患による欠席報告書

長浜市立びわ北小学校

年　番（氏名）

発病した日　（1）	令和　年　月　日 （インフルエンザの場合、発熱,倦怠感（体のだるさ）、筋肉痛などがみられた日）
医療機関受診日	令和　年　月　日
受診した医療機関 （病院・医院の名称）	病院・医院・クリニック・診療所
診断された病名	（ インフルエンザの場合：　A型　・B型　・　医師の臨床診断 ）
症状がなくなった日 （2）	令和　年　月　日 （インフルエンザの場合は、解熱した日）
学校を欠席した期間	令和　年　月　日　から （土・日曜日も含めて）　月　日　まで
補足事項 （医師からの指導事項等）	インフルエンザの場合、（1）の翌日から５日以上、かつ（2）の日から２日以上経過するまで自宅療養が必要です

医師の指導に従い、学校を欠席（自宅療養）したことを報告します

長浜市立びわ北小学校　学校長　様

令和　年　月　日

保護者氏名　印