

平成____年____月____日

福井県立敦賀高等学校長 様

傷病治療報告書

(※保護者の方がご記入ください。)

治療を受けた医療機関名 _____

生徒氏名 _____年____組 氏名 _____

平成 ____年 ____月 ____日に上記医療機関を受診し、医師の指示により平成 ____年 ____月 ____日まで欠席させました。

当てはまる□にレ点をつけてください	(欠席の目安)
<input type="checkbox"/> インフルエンザ (※ A ・ B)	解熱後2日を経過するまで
(※A・Bどちらかに○印をつけてください。)	
<input type="checkbox"/> 麻 疹 (はしか)	解熱後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 風 疹 (ふうしん)	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水 痘 (みずぼうそう)	すべての発疹が痂痂化するまで
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺円 (おたふく)	耳下腺の腫脹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結 核	感染のおそれなくなるまで
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

保護者氏名 _____ 印

【留意事項】

1・「傷病治療報告書」の裏面には、受診した際に発行される「領収書またはそのコピー」を添付してください。

↓「領収書（コピー可）」添付場所（のり付けしてください。）