

【学校記入・確認欄】 2024年 2 月改訂

| | | |
|-------|----|----|
| 保健室保管 | 教務 | 担任 |
| | | |

提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

インフルエンザに係る報告書

大阪府立門真なみはや高等学校長 様

_____ 年 _____ 組 _____ 番 生徒名 _____

保護者名 _____

■ 診断された医療機関

| | |
|------------------|------------------------|
| 医療機関受診日 | 年 _____ 月 _____ 日 |
| 医師による診断名 | A型 ・ B型 ・ その他(_____) |
| 医療機関名 | |
| 医療機関住所 (電話番号) | TEL (_____) _____ |

■ 自宅療養期間 (インフルエンザの場合、発症後 5 日経過し、かつ解熱後 2 日経過)

| |
|---------------------------------------|
| 年 _____ 月 _____ 日 ~ 年 _____ 月 _____ 日 |
|---------------------------------------|

■ その他指示・連絡事項

| |
|--|
| |
|--|