

【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

--