令和　　年　　月　　日

　岐阜市立岐阜特別支援学校長　様

学校において予防すべき感染症への罹患報告書

　このことについて、下記のとおり学校において予防すべき感染症に罹患しましたので、報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 学部 | 　小　・　中　・　高　　　　年　　　組　　　番 |
| 児童生徒氏名 |  |
| 保護者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 病 名 |  |
| 受診医療機関名 |  |
| 医師に診断された日 | 　令和　　　年　　　月　　　日（　　 ） |
| 学校を欠席した期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　～令和　　　年　　　月　　　日（　　　） |

※注意事項

　・受診を証明できるもの（調剤説明書のコピー等、患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの）を添付してください。

　・登校につきましては、医師の指示に従ってください。