受診報告書（医証）

福岡県立ありあけ新世高等学校

年　　組　　番・氏名

疾病名（チェックをお願いします）

上記の者は

☐インフルエンザ（Ａ型・Ｂ型）　☐流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
☐麻しん（はしか）　☐水痘（みずぼうそう）
☐風しん　☐感染性胃腸炎
☐流行性角結膜炎　☐溶連菌感染症
☐その他の疾病（　　）

と診断しました。

自宅加療必要期間

令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日まで
(　　日間)

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　印

※太枠線内のみ医療機関でご記入ください。

以上のとおり受診しました。
令和　　年　　月　　日

保護者氏名　　印