

# 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

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型・B型）  | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）   |
| <input type="checkbox"/> 麻しん（はしか）        | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎       |
| <input type="checkbox"/> 風しん             | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症       |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎         | <input type="checkbox"/> 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

(署名または記名押印)