

# 治 ゆ 報 告 書

学 校 名 茨城県立藤代紫水高等学校

生 徒 氏 名 ( 年 組 )

病 名 1 インフルエンザ ( ) 型 2 感染性胃腸炎  
3 マイコプラズマ感染症 4 溶連菌感染症  
5 その他 ( )

受診医療機関

発症年月日 令和  年 月 日

治ゆ年月日 令和  年 月 日

通 院 証 明 以下のいずれかのコピーを添付 (添付するものを○で囲む)

( 薬袋 調剤明細書 領収書 )

\* インフルエンザの場合は抗ウイルス薬の薬品名が記載されているものが望ましい。

タミフル、リレンザ、イナビル、ラピアクタ等

上記の感染症により登校を控えておりましたが、登校に支障がない状況まで治ゆしたことを報告いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名