校　長	教　頭	教務部長	保健部長	学年主任	学級担任

学校感染症による出席停止に伴う受診・治癒報告書

受 診 経 過 記 入 欄

1　医療機関名
　　担当医名

2　受診年月日　　令和　　年　　月　　日

3　診断名・症状および医師の所見や指示

4　登校開始可能日　　令和　　年　　月　　日

上記のとおり受診しましたので報告します。

山形県立山形工業高等学校長　殿

令和　　年　　月　　日

年　　組　　番

生 徒 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者が自筆記名してください）

学 校（担 任）記 入 欄

1　出席停止を指示した年月日　令和　　年　　月　　日

2　出席停止の理由（感染症名）

3　出席を停止させた期間　　令和　　年　　月　　日～　　月　　日(　　日間)

4　参考となる事項　　(　予防接種　　有　　無　　)

保管：保健部