

令和 年 月 日

保護者 殿

香川県立高松南高等学校

生徒の感染症に関する療養状況について（確認）

学校においては、生徒がインフルエンザ等の感染症に罹患した場合、蔓延防止の観点から、学校保健安全法第19条（出席停止）に基づいた措置を講じることになっており、そのため、**生徒の出欠等の取扱い上**、療養状況を把握することが必要です。

このたび、医療機関で受診した結果・診断等にかかる下記の内容についてご記入の上、切取線以下をご提出くださるようお願いいたします。

なお、この書類は、医療機関での証明・記載ではなく、保護者の方が記入してください。

----- 切 ----- 取 ----- 線 -----

香川県立高松南高等学校長 殿

年 組 番	生徒氏名	男・女
受 診 月 日	令和 年 月 日 ()	
受診した医療機関	住所 電話番号 _____-()- 医療機関名	
診 断 結 果	診断名 ()	
医師の指示した療養期間	令和 年 月 日 () から 日間 【令和 年 月 日 () ~令和 年 月 日 ()】	
連絡事項・その他		

このことについて、報告いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

印