

令和 年 月 日

京都府立清明高等学校長 様

学籍番号 _____

クラス番号 _____

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ ㊟

受 診 報 告 書

このたび、学校で予防すべき感染症のため病院受診しましたので、下記のとおり報告します。

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1 病 名 | _____ |
| 2 受診医療機関名 | _____ |
| 3 受 診 日 | 令和 年 月 日 |
| 4 罹 患 期 間 | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 |
| 5 学校を休んだ期間 | 令和 年 月 日 限～令和 年 月 日 限 |
| 6 登校を許可された日 | 令和 年 月 日から登校可能 |
| 7 その他、主治医から指示されたこと | |

※1 1～7は主治医に確認の上、必ず保護者が記入してください。

※2 受診したことを証明できるもの（「医療費明細書」もしくは「領収書」、「調剤明細書」のコピー等）を添付してください。