

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

保護者等氏名

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

※必ず保護者等が記入してください。

※受診したことを証明できるものとして「医療費明細書」「領収書」等、病院と処方箋薬局でもらった書類
全てを持参してください。