

受診報告書（医証）

福岡県立西田川高等学校

年 組 番 氏名

上記の者は、令和 年 月 日に、

傷病名（チェックをお願いします。）

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型） | <input type="checkbox"/> インフルエンザ（B型） |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザの疑い | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 麻しん（はしか） | <input type="checkbox"/> 風しん |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

のため、受診しました。

自宅加療必要期間（出席停止の期間を記入してください。）

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（ 日間）

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名



※太枠線内のみ医療機関でご記入ください。

以上のとおり受診しました。

令和 年 月 日

保護者氏名



【学校からのお願い】

この書類は生徒の出席停止・公傷の申請としてのみ使用させていただくものです。
不都合な点等ございましたら貴院の所定の用紙にて証明くださいますようお願いいたします。

受診報告書（医証）について

本校では、学校感染症（下表参照）と医師に診断された場合、『学校保健安全法』および『学校保健安全法施行規則』に基づき出席停止となります。

つきましては、学校感染症の証明のため、受診報告書（医証）のご提出をお願いします。

受診報告書（医証）とは、本校で出席停止手続きを行うために医師に記入していただく学校指定の用紙です。医療機関で記入をしていただいた後に、担任へ必ずご提出ください。

※「証明書」は各医療機関で決められた「文書料」がかかる場合があります。ご家庭でご負担いただきますようお願いいたします。

なお、学校へ医証を提出していただいた場合、診断書等の提出は必要ありません。

第1種	エボラ出血熱 痘そう ペスト ラッサ熱 重症急性呼吸器症候群（SARS） 鳥インフルエンザ（H5N1）	クリミア・コンゴ出血熱 南米出血熱 マールブルグ熱 ジフテリア 急性灰白髄炎（ポリオ） など
第2種	インフルエンザ 麻疹（はしか） 風しん 咽頭結膜熱 髄膜炎菌性髄膜炎	百日咳 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 水痘（みずぼうそう） 結核
第3種	コレラ 腸管出血性大腸菌感染症 パラチフス 急性出血性結膜炎	細菌性赤痢 腸チフス 流行性角結膜炎
	【その他の感染症】 溶連菌感染症 手足口病 ヘルパンギーナ 感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）	ウイルス性肝炎 伝染性紅斑 マイコプラズマ感染症 など