

# 治癒報告書

宮城県名取高等学校長 殿

年 組 番 氏名

診 断 名	※インフルエンザの場合は『A型』『B型』についてもご記入ください
発 症 日	令和 年 月 日 ( ) ※発症日は咳・鼻水・発熱等かぜ様の症状が出た日
欠 席 期 間	令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )
医療機関名	

以上により加療・治癒したことを報告いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

- ・医師による本書類への記入や診断書の提出は、必要ありません。
- ・薬の説明書・お薬手帳・診療報酬明細書等のいずれかのコピーを裏面に貼付してください。
- ※書類は①本人の氏名・受診日の記載があるもの、②治療を行ったことが明確なもの（インフルエンザの場合：タミフル・リレンザ等、抗ウイルス薬の処方記載があるもの）を貼付してください。

書類貼付面