校　長	教　頭	教務主任	保健主事	学年主任	担　任

令和　　年　　月　　日

出席停止について

このことについては，学校保健安全法第１９条により，下記のとおり取り扱います。

治 療 報 告 書

茨城県立東海高等学校長　殿

1　生徒氏名　　年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

2　感染症名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3　受診医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4　初診時の医師の指導事項（　　）

5　出席停止期間（療養期間）　令和　　年　　月　　日（　　曜日）から

令和　　年　　月　　日（　　曜日）まで

上記の疾病により医療機関にて，登校に支障のない状態まで治療したことを報告いたします。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【留意事項】

※　出席停止の期間は，感染症により異なります。【学校感染症出席停止期間の基準】を参考にしていただき，**主治医の指示に従ってその期間を確認してください**。

※　**初診の際に，どのような健康状態になれば登校してよいのかについて，医師から指導を受けてください**。それを踏まえ，**登校に支障のない状態まで治療後**，上記の「**治療報告書**」**を保護者が記入し，学校に提出してください。**（**医療機関に記入していただく必要はありません**）

※【添付書類のお願い】下記の書類を添付してください。コピーをとらせていただき，原本はお返しします。
処方薬の説明書（氏名・日付・調剤内容・服薬期間・医療機関名等を確認いたします）

※　担任は，教務主任（原本）並びに養護教諭（コピー）に提出してください。