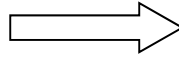


担任印またはサイン（記入内容漏れがないか確認）



保健室

年 月 日

鎌倉高等学校長 様

学校感染症報告書

次のとおり診断されましたので報告いたします。

_____年_____組_____番 生徒氏名_____

保護者名_____ 自署_____

1 診断名

2 加療を要する期間
(※登校しない期間)

年 月 日()～ 月 日()
発症のために早退した日も含めてよい

3 受診医療機関 または
医療用検査キットの
メーカー・購入先等

(_____ 市・町・村)

4 受診または検査年月日

年 月 日

* 診断書は不要です