

# 感 染 報 告 書

中学・高等学校 年 組 番

氏 名

病 名 インフルエンザ（ 型）・新型コロナウイルス感染症

診察結果等

発 症 日 年 月 日（ ）

診 断 日 年 月 日（ ）

登校可能日 年 月 日

（ ）

年 月 日

医療機関名

医 師 名

保護者署名

印

※新型コロナウイルス感染症及びインフルエンザについては、医療機関での  
証明書等は必要ありません。保護者の方がご記入しご提出ください。