

考査欠席届

(受診報告書)

福岡県立田川高等学校長 殿

年 組 番 氏名

下記の理由により、欠席しましたので、お届けします。

記

1 欠席期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)

2 欠席理由 該当するものの□にチェックを入れてください。

- | | |
|---|--|
| <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"/> 新型コロナウイルス感染症 (陽性) |
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の疑い | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 麻疹 (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【 | 】 |

3 受診日 令和 年 月 日

4 医療機関名【

令和 年 月 日

保護者氏名

印

※医療機関を受診した証明となる書類 (生徒氏名と受診日が書かれている病院が発行した領収書の写しや薬が入っている袋の写し等) を添えて提出してください。市販の薬を購入した領収書は認められません。新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、医療機関を受診できない場合は担任に相談してください。