

八幡浜市立宮内小学校長 様

病院受診結果連絡票

児童学年 児童氏名	年 氏 名
病院受診日	令和 年 月 日
病 院 名	
診 断 名	インフルエンザ (型) 新型コロナウイルス感染症 その他 ()
医 師 の 指 示 内 容	<input type="radio"/> インフルエンザの場合 発熱した日 月 日 解熱した日 月 日 <input type="radio"/> 新型コロナウイルス感染症の場合 発症した日 月 日 症状が軽快した日 月 日 <input type="radio"/> その他の感染症の場合 登校許可の目安などご記入ください。

上記の診断を受けましたので、ご連絡いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名