

令和 年 月 日

主治医様

高知県立中村高等学校
校長 宮地 秀伸

学校感染症と診断された場合のお願い

この度は、本校生徒がお世話になっております。

さて、貴院を受診しました該当生徒が学校感染症に罹患している場合には、学校保健安全法に基づき出席停止等の措置をとらなければなりません。

つきましては、下記の事項にご記入いただき、ご指導くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

----- 切り取り線 -----

診断結果連絡票

高知県立中村高等学校

年 H 氏名

上記生徒の診断結果は、次のとおりです。

診断名	
処置指導等	<p>*出席停止期間： 月 日 ~ 月 日</p>

* できましたら、指導欄に出席停止期間（安静期間のめやす）をご記入ください。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印