

## 診療結果のお知らせ

下記生徒は、学校保健安全法第19条の指定により、学校において予防すべき感染症に罹患しているため、**感染拡大予防対策が必要**と認められます。

学年・組        \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

氏 名        \_\_\_\_\_

生年月日        平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

傷 病 名

附 記

集団感染防止のための自宅療養期間

平成        年        月        日 (        ) から

平成        年        月        日 (        ) まで

上記のとおりお知らせします。

平成        年        月        日

医療機関名        \_\_\_\_\_

医師氏名