

花園中学高等学校長 様

## 感染症における出席停止報告書

※ボールペン書きでお願いします。

1. 年 組 中・高 年 組 番

2. 氏 名 \_\_\_\_\_

3. 出席停止の疾病名 ※該当する項目に○印

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ ( ) 型
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	その他 ( )

4. 欠席（出席停止）期間

月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

5. 登校した日 月 日 ( )

保護者氏名 \_\_\_\_\_

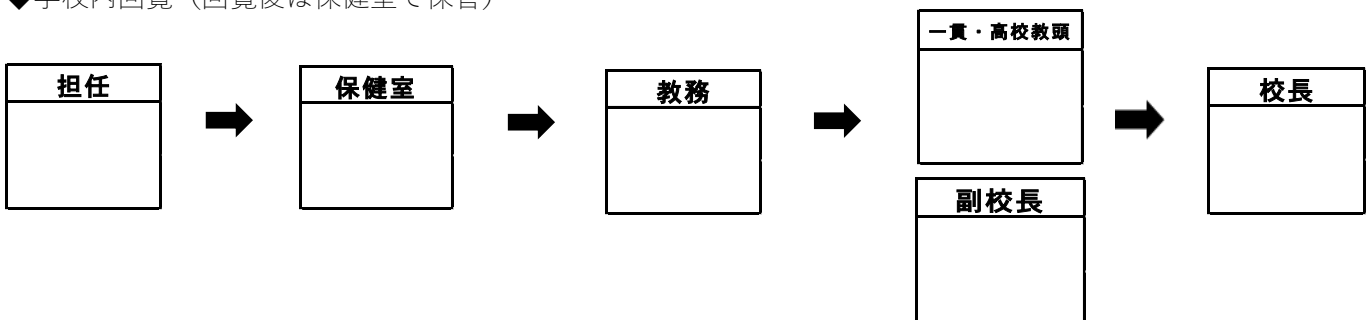
**【注意事項】**

※必ず自署でお願いします。

▶登校した日から 2週間以内に提出をお願い致します。

▶提出の際は、医療機関の受診が証明できる書類（患者名と受診日が記載されている医療明細書、調剤明細書、処方箋など）のコピーを添付してください。※裏面参考

◆学校内回覧（回覧後は保健室で保管）



▼添付書類【例】※必ず患者名と受診日が記載されていることを確認してください。

【診療明細書】

【調剤明細書】

### 診療明細書

1 / 1

患者番号: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 様 ( 外来 )

受診日: 令和 年 月 日

区分	項目名	点数	回数	自費金額
初・再診	初診料			
	外来感染対策向上加算(初診) 医療情報・システム基金整備体制充実加算1(初診)	300	1	
医学管理等	特定疾患療養管理料(100床未満の病院)(特例)(10月以降)	147	1	
投薬	処方箋料(リフィル以外・その他)	68	1	
	一般名処方加算1(処方箋料)(経過措置)	9	1	
検査	SARS-CoV-2抗原検出(定性)	300	1	
	免疫学的検査判断料	144	1	
	インフルエンザウイルス抗原定性	136	1	
	鼻腔・咽頭拭い液採取	25	1	
以下余白				
合計		1,129		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。  
 ※診療明細書の再発行は行いません。

発行日: 令和 年 月 日  
 TEL: \_\_\_\_\_ クリニック

No. \_\_\_\_\_ 受付No. \_\_\_\_\_ 様

令和 年 月 日  
 ページ: 1 / 1

●服用または使用する前に必ずお読み下さい。

No.	色・形・記号	名前・効能・効果	用法・用量	注意事項
1		メジコン錠 15mm 錠 薬価: 57円 喉を潤す薬	全15錠 1日3錠 1回1錠 1日3回上記量 毎食後 5日分	●服用時に注意が必要な薬があります。他の医療機関で診察を受けた時、薬局で薬を購入する際には、この文章を見てください。 ●発熱、かゆみ等の過敏症状が現れた時は、お薬の中止を要する場合がありますので、医師または薬剤師にご相談下さい。薬の作用により、腹痛をもちおこすことがあります。 ●妊娠または授乳の可能性のある方、授乳中は、ご服用下さい。
2		フルオロキノロン系抗菌薬 薬価: 167円 喉を潤す、痰を切る薬 気管支喘息を併発する薬	全15錠 1日3錠 1回1錠 1日3回上記量 毎食前 5日分	●服用時に注意が必要な薬があります。他の医療機関で診察を受けた時、薬局で薬を購入する際には、この文章を見てください。 ●発熱、かゆみ等の過敏症状が現れた時は、お薬の中止を要する場合がありますので、医師または薬剤師にご相談下さい。 ●妊娠または授乳の可能性のある方、授乳中は、ご服用下さい。
3		フルオロキノロン系抗菌薬 薬価: 200円 痛みや熱を和らげる薬	全14錠 1回2錠 発熱時 7回分 38度以上の発熱及び頭痛	●服用時に注意が必要な薬があります。他の医療機関で診察を受けた時、薬局で薬を購入する際には、この文章を見てください。 ●発熱、かゆみ等の過敏症状が現れた時は、お薬の中止を要する場合がありますので、医師または薬剤師にご相談下さい。 ●薬の作用に影響を及ぼすことがあるので、飲酒は控えるようにして下さい。 ●妊娠または授乳の可能性のある方、授乳中は、ご服用下さい。
4		インフルエンザウイルス検査キット 薬価: 2179.5円 インフルエンザ症状を軽減 ウイルス感染の検査薬	全2キット 1回2キット吸入	●発熱、かゆみ等の過敏症状が現れた時は、お薬の中止を要する場合がありますので、医師または薬剤師にご相談下さい。 ●感染または発熱の可能性のある方、授乳中は、ご服用下さい。

この商品には後発医薬品はありません。

【薬局からのお知らせ】

- ◆ 時間外連絡先
- ◆ 当薬局は在宅訪問を行うための届け出をしております。
- ◆ 電子処方箋手帳コード

医師名: \_\_\_\_\_ 薬剤師名: \_\_\_\_\_ 薬剤師印: \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

【処方箋】

### 処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	_____	保険者番号	3 4 2 6 0 0 0 0
公費負担医療の受給者番号	_____	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	公立東京6700000

患 者 氏 名: 厚生太郎  
 生 年 月 日: 15年11月26日 (男)  
 区 分: 被保険者

保険医療機関の所在地及び名称: 東京都千代田区1丁目1-1 霞が関病院  
 電 話 番 号: 03-3456-7890  
 保 険 医 生 名: 内科 神田一郎 (特)

処方せんの日付: 平成26年 2月 27日  
 処方せんの使用期限: 平成 年 月 日 (特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)

変更不可

処方1 [般] ジアゼパム錠 5mg 1回1錠 (1日2錠)  
 1日2回 朝夕食後 14日分

処方2 ゲンタマイシン硫酸塩軟膏 0.1% 10g

保険医署名: \_\_\_\_\_

調剤済年月日: \_\_\_\_\_ 公費負担者番号: \_\_\_\_\_  
 保険薬局の所在地及び名称: \_\_\_\_\_ 公費負担医療の受給者番号: \_\_\_\_\_

【注意事項】

家庭での検査キットでは、原則認められません。  
 必ず、医療機関での診断をお願い致します。