

主治医 様

本校は看護専門学校として病院・施設等で実習を行っています。下記の証明書に診断結果をご記入のうえ、該当する□にチェックを入れていただきますようお願い申し上げます。

田北看護専門学校

大和郡山市城南町 3-25 TEL0743-52-2244

罹 患 証 明 書

学生氏名 _____

診断名	
-----	--

□にレを記入して下さい

- ☐ 登校及び臨地実習は可能である。
- ☐ 出席停止までに至らず、症状が改善すれば登校、臨地実習は可能である。
- ☐ 学校保健安全法に基づき※、以下の期間を出席停止とする。

期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

※学校感染症の種類（学校保健安全法施行規則第 18 条）

第二種	インフルエンザ 流行性耳下腺炎 髄膜炎菌性髄膜炎	新型コロナウイルス 風しん 水痘	百日咳 咽頭結膜熱 結核	麻疹
第三種	コレラ 腸チフス	細菌性赤痢 パラチフス	腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎	急性出血性結膜炎
及び その他	その他の感染症 (感染性胃腸炎 マイコプラズマ感染症 伝染性紅斑 溶連菌感染症 手足口病 ヘルパンギーナ ウイルス性肝炎 等)			

年 月 日

医療機関

住所

医師名

印