

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。学内や実習施設での感染症の拡大を防ぐため、罹患した学生について下記証明書にご記入下さい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	
-----	--

学校保健安全法における感染症に該当する場合、下記を○で囲んで下さい

第二種	インフルエンザ（ ）型 百日咳 麻しん 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎
第三種 及び その他	コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症 ロタウイルス感染症） サルモネラ感染症 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 上記以外のその他の感染症（ ）

意見欄

- 登校及び臨地実習は可能である。
- 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出席停止とする。

期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

平成 年 月 日

医療機関

住所

医師名

印