

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。下記の証明書にご記入の際、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

出席停止の場合、病名を○で囲んで下さい

第二種	インフルエンザ () 型 百日咳 麻疹 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
	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
及び その他	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 ()

平成 年 月 日

医療機関

住所

医師名

印