

主治医 殿

大阪医科大学

感染症治癒・登校許可書記入について（ご依頼）

学校感染症（学校保健安全法）に罹患した本学学生につきまして、診断名及び出席停止期間について下記の証明書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：大阪医科大学保健管理室 TEL 072-684-6560

感染症治癒・登校許可書

氏名

（生年月日 年 月 日）

標記の学生は、下記の学校感染症が軽快し、感染症予防上登校しても支障がないことを証明します。

※該当する疾患名に○印を記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	感染性腸炎（ ）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>	その他（ ）

初診日 令和 年 月 日

出席停止期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

登校開始日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名・住所

医師名 印