

主治医 殿

多摩大学  
グローバルスタディーズ学部  
学校医 村田 尚彦

受診証明書記入について（依頼）

「学校保健安全法」で定められているところの学校感染症に罹患した本学学生について、診断名及び出席停止が必要であった期間をご記入いただきますようお願い申し上げます。

受 診 証 明 書

（本人記入）

学籍番号		氏名	
------	--	----	--

上記の学生を学校感染症と診断しましたが、疾病が軽快し感染予防上登校しても支障のないことを証明します。

※下記疾病の該当欄に○印をつけてください。

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	コレラ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	パラチフス	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症（O-157 他）	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	腸チフス	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他の感染症( )	<input type="checkbox"/>	

初診日：平成 年 月 日  
登校停止の期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名

住所  
(Tel)

医師名 \_\_\_\_\_ 印

-----  
【問い合わせ先】 多摩大学 学生課（保健室） Tel. 0466-21-7720