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〇印をつけてください。

	インフルエンザ		麻 疹		風 疹		咽頭結膜熱
	百日咳		流行性耳下腺炎		水 痘		結 核
	コレラ				パラチフス		
	細菌性赤痢				流行性角結膜炎		
	腸管出血性大腸菌感染症（0-157 他）				急性出血性結膜炎		
	腸チフス				その他の感染症(　　)		

初　診　日：　　年　　月　　日

登校停止の期間：　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

年　　月　　日

医療機関名

住所

（Tel）

医師名　　印

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