

【問い合わせ先】

摂南大学保健室

[寝屋川校地] 072-839-9297

[枚方校地] 072-866-3103

学校感染症治癒証明書

本証明書による情報は原則として第三者への開示をいたしません。ただし、学内集団感染等において緊急を要する場合、法令に基づく場合、学生の生命・身体を保護するために必要がある場合には、本人の同意を得ず例外的に第三者（保健所など）に開示することがあります。

学籍番号 _____

氏名 _____

下記疾患は軽快し、他への感染のおそれがなく、通学に支障がないと認める。

1. 疾患名（下記疾患の該当欄にレ印を記入してください。）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 風疹
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

2. 初診日

西暦 年 月 日

3. 治療（通学禁止）期間

西暦 年 月 日から

西暦 年 月 日まで

4. 通学許可

西暦 年 月 日

5. 大学生活での注意事項

(_____)

西暦 年 月 日

医療機関名

住所

医師名 _____ 印

*当該証明書の内容について、確認のために問い合わせをさせていただきます。予めご了承くださいませよう、よろしく
お願い申し上げます。

◆ この学校感染症治癒証明書は、通学許可後すみやかに保健室へ提出してください。