

主治医 様

お手数ですが、本校学生の感染症にかかる罹病及び登校許可証明について
記入していただきますよう、よろしくお願いいたします。

大阪公立大学工業高等専門学校長

感染症にかかる罹病及び登校許可証明

学校名 大阪公立大学工業高等専門学校

学生氏名 _____

上記学生は、 年 月 日 より { 下記疾病を発病し
 下記疾病の疑いがあり

加療療養中であつたが、感染する恐れがないと認められるので、

年 月 日から登校することを許可する。

疾病名 インフルエンザ・百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎・風疹
咽頭結膜熱・感染性胃腸炎・その他()

※上記疾病の疑いの場合 確定診断名 ()

年 月 日

医療機関名

医師名

印

新型コロナウイルス感染症等に係る経過報告書

年 月 日

大阪公立大学工業高等専門学校長

総合工学システム 学科専攻 _____ 学年 _____ 組 _____
コース _____

学籍番号 _____

学生氏名 (自署) _____

状況(該当する項目に○を記入し、各項目の質問に回答してください。)

() 感染者となった場合

- ① 感染していると診断された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
② 医師の指示等により登校可能(治療)とされた日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

() 濃厚接触者となった場合

- ① 濃厚接触者と特定された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
② 感染者と最後に濃厚接触をした日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③ 保健所による健康観察終了の判断があった日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
④ 抗原定性検査1回目検査日(受けた方のみ) _____ 年 _____ 月 _____ 日
⑤ 抗原定性検査2回目検査日(受けた方のみ) _____ 年 _____ 月 _____ 日

() 本人自身に感染が疑われるような症状があった場合

- ① 発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
② 具体的な症状 ※あてはまるものに☑をつけてください。(複数回答可)
発熱(_____ °C以上が _____ 日間) 倦怠感(だるさ) 息苦しさ(呼吸困難)
味覚・嗅覚の異常 せき のどの痛み その他(_____)
③ 医療機関を受診(または相談)した日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
④ 医療機関名 _____
⑤ 医師の判断 _____
⑥ 治癒した日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

() 同居者に感染が疑われるような症状があった場合

- ① 本人と該当する同居者の関係
祖父母 父母 兄弟姉妹 その他(_____)
② 発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③ 具体的な症状
発熱(_____ °C以上が _____ 日間) 倦怠感(だるさ) 息苦しさ(呼吸困難)
味覚・嗅覚の異常 せき のどの痛み その他(_____)

保護者名(自署)
