

登校禁止疾患受診報告書

藤田学園健康管理室

室 長 殿

医療科学部 学科 年

保健衛生学部 学科 年

学籍番号 () 氏名 _____

報告日： 年 月 日

罹患感染症病名 ()

発症日 (年 月 日)

内服薬名 ()

内服開始日 (年 月 日)

登校可能見込日 (年 月 日)

受診日： 年 月 日

医療機関名 (_____)

医 師 名 (_____) ⑩