

インフルエンザ及び他の感染症に関する報告書

ふりがな 氏 名	生年月日	年	月	日	年齢	歳
ふりがな 住 所	電話番号					
桐生大学 所属：	医療保健学部	栄養学科・看護学科	1・2・3・4			年生
	短期大学部	生活科学科・アート	デザイン科	1・2 年生		
		別科				

次の質問にお答えください。

1. 家族や友人など、周りに同じような症状の人はいますか (いる _____人・いない)

2. この1週間の間に外出しましたか (はい _____回位・いいえ)

3. 外出先はどのような場所でしたか： _____

4. 外出時の交通手段は何ですか {車 (自家用・家族・友達など) 学園バス 路線バス 電車}

5. インフルエンザの予防接種を受けましたか (はい 接種日 _____月 _____日・いいえ)

医師記入欄

診断名 _____

治療内容： _____

治療期間： _____月 _____日 ~ _____月 _____日 (_____日間)

医療機関名 _____電話番号 _____

所在地 _____

年 月 日

桐生大学 学長殿

上記のように診断致しました。

医師名 _____印

学生係記入欄

連絡を受けた日時： _____年 _____月 _____日 _____時 _____分 担当者： _____