

依 頼 書

担当医御机下

このたび受診しました本学の学生が、インフルエンザ（疑い含む）病名となりうる場合、集団感染予防の観点から、簡易検査結果または健康状態の確認を行う事といたしました。御高診の上、下欄「報告書」のご記入をお願い申し上げます。

学生氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

主訴（症状） \_\_\_\_\_

貴院の書式が望ましい場合は、そちらの用紙でご記入いただきこの用紙は破棄していただけますよう重ねてお願い申し上げます。

年 月 日

東京電機大学 理工学部

学部長 川井 悟

埼玉県比企郡鳩山町石坂

TEL : 049-296-0498 (健康相談室)

キリトリ

受 診 報 告 書

氏名 \_\_\_\_\_ の診断結果を報告します。

1. 受診日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. ①インフルエンザ簡易検査結果

( ) A型 ( ) B型 ( ) A・B型共にマイナス

② ( ) 症状によりインフルエンザの疑いあり

3. その他健康状態又は診断名 \_\_\_\_\_

4. 治療期間又は自宅療養期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*インフルエンザ（疑い含む）の場合は、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（48時間）を経過するまで自宅療養とする。

\*治癒後は、登校初日の授業前に必ず健康相談室のチェックを受けることとする

医療機関名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_