

FAX送付先

上智大学保健センター

03-3238-3879

感染症報告書(FAX送付状)

Survey about Influenza, Measles, and so on

学生番号 / Student ID No.	
氏名 / Name	
性別 / Gender	男 male ・ 女 female
年齢 / Age	
携帯電話番号 / Phone No.	
発症日 (yyyy/mm/dd) Date of the first symptoms	
診断日 (yyyy/mm/dd) Date of diagnosis	
診断医療機関名 Name of the medical facility	
診断医療機関所在地 / Location of the medical facility (e.g. Chiyoda-ku)	区・市 (ward /city)
診断名 / Diagnosis	<input type="checkbox"/> インフルエンザA Influenza typeA <input type="checkbox"/> インフルエンザB Influenza typeB <input type="checkbox"/> インフルエンザ型不明(A・B・新型) Influenza(type unknown) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス COVID-19 <input type="checkbox"/> 麻疹 Measles <input type="checkbox"/> ※その他の感染症 Other infectious disease ()
最終登校日 (yyyy/mm/dd) Last day you attended university before diagnosis.	
所属課外活動団体 / Club activities	
最終の課外活動参加日 (yyyy/mm/dd) Last day you participated in club activities before diagnosis.	
身近に感染した人はいましたか? Did you have a close contact with anyone infected with flu?	

※「学校保健安全法に定められた感染症」をご覧ください。

上智大学保健センター Tel 03-3238-3394 9:00-11:30, 12:30-17:00

Sophia Health Center Fax 03-3238-3879