

主治医 殿

学校感染症罹患学生の登校許可申請書記入について(ご依頼)

学校保健安全法施行規則に定められた学校感染症に罹患した本学学生について、
下記証明書(医師記入欄)にご記入くださいますようお願い申し上げます。

学校法人臼井学園 学園総務課 TEL:076-491-0705

(学生記入欄) **感染症登校許可申請書**

| | | | | |
|------------|-------------|---------------|--|-----|
| 学籍番号 | ふりがな | | | 性別 |
| | 氏名 | | | 男・女 |
| 生年月日 年齢 | 年 月 日生 歳 | 連絡先 (電話番号) | | |

(医師記入欄)

上記の者は下記疾病が治癒または感染の恐れがなくなったため登校してよいことを証明します。

| 下記疾病の該当欄に○印を記入ください。 | | |
|---------------------|-----------|---|
| 該当に○印 | 疾病名 | 学校保健安全法施行規則に基づく 出席停止期間の基準 |
| | 百日咳 | 特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質 製剤による治療が終了するまで |
| | 麻疹(はしか) | 解熱した後3日を経過するまで |
| | 流行性耳下腺炎 | 耳下腺、顎下腺又は舌下腺の膨張が発現した後5日を 経過し、かつ、全身状態が良好になるまで |
| | 風疹 | 発しんが消失するまで |
| | 水痘(水ぼうそう) | すべての発しんが痂皮化するまで |
| | 咽頭結膜炎 | 主要症状が消退した後2日を経過するまで |
| | 結核 | 症状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで |
| | 髄膜炎菌性髄膜炎 | |
| | その他() | |

出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで

登校許可 年 月 日 ~

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

⑩