主治医殿　　東都リハビリテーション学院

「学校における感染症」の治癒・登校許可証明書の記入について（ご依頼）

学校保健安全法に定められた学校感染症罹患の本学生について、診断内容を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

「学校における感染症」治癒・登校許可証明書

理学療法学科　　年	学籍番号	学生氏名

上記の学生は、以下疾病が治癒し、伝染の恐れがありませんので登校しても支障がないことを証明します。

感染症名（該当蘭に☑印をつけてください。）

疾患名	出席停止期間
□　新型コロナウイルス感染症	治癒するまで
□　インフルエンザ	発症後５日を経過し、かつ解熱後２日を経過するまで
□　麻　疹	解熱後３日を経過するまで
□　風　疹	発疹が消失するまで
□　水　痘	すべての発疹が痂皮化するまで
□　流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消滅するまで
□　百日咳	特有の咳が消失するまで
□　咽頭結膜熱	主要症状消退後２日を経過するまで
□　結核	感染の恐れがなくなるまで
□　その他 （　　）	【学校における感染症第一種】 治癒するまで
	【学校における感染症第二種】 医師において感染のおそれがないと認めるまで

初　診　日　20　　年　　月　　日（　　）

登校停止期間　20　　年　　月　　日（　　）から　20　　年　　月　　日（　　）

登校許可日　20　　年　　月　　日（　　）から

20　　年　　月　　日（　　）

医療機関名等＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

学生は本証明書を学校に提出してください。この情報は本校教職員が共有し、原則として第三者に開示いたしません。しかし、学内集団感染において緊急を要する場合、法令に基づく場合や、本人の生命／身体／財産を保護するために必要である場合などで、本人の同意を得ることが困難であるときは例外的に第三者に開示することがあります。

※学校記入欄

学院長	委員会	担任
／	／	／