

ご担当医 様

上智大学短期大学部

感染症治癒後 登校許可証明書御記入のお願い

学校保健安全法の定めにより、学校で予防すべき感染症に罹患した本学学生について、診断名及び今回の出席停止が必要であったと考えられる期間を、下記にご記入くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】上智大学短期大学部 Tel. 0463-83-9331

感染症治癒後 登校許可証明書

| | | |
|-------|-------|------|
| 本人記入欄 | 学生氏名 | 学生番号 |
| | 住所 | |
| | 携帯TEL | — — |

上記の学生は、下記疾病が軽快したので登校しても支障がないことを証明します。

疾病名（下記疾病の該当欄に○印をつけて下さい）

| | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ | <input type="checkbox"/> | コレラ |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳 | <input type="checkbox"/> | 細菌性赤痢 |
| <input type="checkbox"/> | 麻疹（はしか） | <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症（O-157 他） |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | <input type="checkbox"/> | 腸チフス |
| <input type="checkbox"/> | 風疹（三日ばしか） | <input type="checkbox"/> | パラチフス |
| <input type="checkbox"/> | 水痘（水ぼうそう） | <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱 | <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 結核 | <input type="checkbox"/> | その他の感染症（学校保健安全法で定めているもの） () |

初診 20 年 月 日（午前・午後）

登校禁止期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名・住所：

TEL：

医師自署： _____ 印

※学生はこの証明書を上智大学短期大学部事務センターに提出してください。

【入手した個人情報について漏洩、流出、不正使用等が生じないよう、適切に取り扱います。ただし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がある場合などで、本人の同意を得ることが困難であるときは第三者に開示することがあります。】