

担当医 様

学校感染症罹患学生の「登校許可書」記入について（ご依頼）

学校感染症に罹患した本学学生について、診断内容、出席停止期間等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：福岡子ども短期大学 保健室 092-921-7231（代）内線 306

※福岡子ども短期大学は、「登校許可書」（学校感染症証明書）による情報について、原則第三者への開示をいたしません。ただし、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がある場合には、本人の同意を得ずに例外的に第三者（保健福祉局）に明示することがあります。

「登校許可書」（学校感染症証明書）

1. 氏名 _____（学籍番号： _____）

2. 出席停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 疾患名 _____

【感染症名】（該当欄に○印を付けてください）

| 種類 | ○印 | 疾患名 | ○印 | 疾患名 |
|-----|----|--------------|----|-------------------|
| 第一種 | | 疾患名（ _____ ） | | |
| 第二種 | | インフルエンザ | | 水痘 |
| | | 麻疹 | | 咽頭結膜熱 |
| | | 百日咳 | | 結核 |
| | | 流行性耳下腺炎 | | 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| | | 風しん | | |
| 第三種 | | 腸管出血性大腸菌感染症 | | パラチフス |
| | | コレラ | | 流行性角結膜炎 |
| | | 細菌性赤痢 | | 急性出血性結膜炎 |
| | | 腸チフス | | その他の感染症※（ _____ ） |

※その他の感染症の例（条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる感染症）・溶連菌感染症 ・手足口病 ・ウイルス性肝炎
・ヘルパンギーナ ・伝染性紅斑（りんご病）・マイコプラズマ感染症 ・感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス等）

4. 上記の者の登校を許可します。 _____

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住 所

電話番号

医 師 名

印

※ 学生は、この「登校許可書」（学校感染症証明書）と、「欠席届」を教務課に提出して下さい。