

ご担当医 様

東北学院大学

感染症治癒 登校許可証明書記入のご依頼

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、下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】 土樋キャンパス教務課 Tel.022-264-6451

泉キャンパス学務係 Tel.022-375-1141

多賀城キャンパス学務係 Tel.022-368-1119

感染症治癒 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、下記疾病に罹患後軽快し登校しても支障がないことを証明します。

疾病名（下記疾病に○または診断名をご記入願います。）

<第一種>		<第二種>		<第三種>		<その他の感染症>	
<input type="checkbox"/>	エボラ出血熱	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	クリミア・コンゴ出血熱	<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	痘そう	<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	南米出血熱	<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>	コレラ	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	ペスト	<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑
<input type="checkbox"/>	マールブルグ病	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/>	腸チフス	<input type="checkbox"/>	ノロウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	ラッサ熱	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/>	パラチフス	<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	急性灰白髄炎	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ウイルス性肝炎
<input type="checkbox"/>	ジフテリア	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	E Bウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	SARS	<input type="checkbox"/> その他の感染症名：					
<input type="checkbox"/>	鳥インフルエンザ (H5N1)						

初 診 年 月 日

出席禁止期間 年 月 日 ～ 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

印

【この情報は、学生部および学務部、担当教員が共有し、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がある場合などで、本人の同意をえ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。】