

# 主治医殿

## 意見書記入についてのお願い

「感染症」に罹患した本学学生について、下記意見書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

帝京科学大学 千住キャンパス TEL 03-6910-3790  
上野原キャンパス TEL 0554-63-6913

### 《医師の意見書》

学籍番号

氏名

下記より、症状も回復し、登校可能と判断します。

発症日 年 月 日 登校可能日 年 月 日

#### 記

| 該当疾患<br>に○印 | 疾患名               | 出席停止期間の基準(学校保健安全法施行令及び施行規則による)<br>以下の基準に基づき、主治医が判断する。      |
|-------------|-------------------|--|
|             | 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                | 発しんに伴う発熱が解熱した後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腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで                 |
|             | 風しん               | 発しんが消失するまで   |
|             | 水痘                | 全ての発しんが痂皮化するまで   |
|             | 咽頭結膜熱             | 発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消退した後2日を経過するまで                           |
|             | 結核                | 病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られるまで                        |
|             | 髄膜炎菌性髄膜炎          | 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られるまで                        |
|             | その他の感染症<br>疾患名( ) | 【学校における感染症第一種】治癒するまで<br>【学校における感染症第三種】医師において感染の恐れがないと認めるまで |

令和 年 月 日

医療機関名  
住所  
電話番号

医師名

印

※出席停止期間終了後、直ちに医師の意見書を所属の教務係へ提出し、所定の手続きを行ってください。