

登校許可書

横浜医療専門学校
校長 殿

横浜医療専門学校
柔道整復師科 鍼灸師科 日本語学科
学年・部（コース）： _____ 年 _____ 部
学籍番号： _____
学生氏名： _____

【出席停止の理由】 ※該当する病名に☑をお願い致します。

(病名)	(期間)
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで。
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで。
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで。または、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。または、医師の指示する日まで。
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱した後、3日を経過するまで。または、医師の指示する日まで。
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺また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。または、医師の指示する日まで。
<input type="checkbox"/> 風疹	発疹が消失するまで。または、医師の指示する日まで。
<input type="checkbox"/> 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで。または、医師の指示する日まで。
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退後2日を経過するまで。または医師の指示する日まで。
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	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るまで。
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	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るまで。
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	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るまで。
<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	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るまで。
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	_____ :

20 年 月 日より、20 年 月 日まで出校を停止させましたが、
治療の結果、感染のおそれがないものと認め登校を許可します。

20 年 月 日

診察医師 氏名 _____ ⑩