

主治医各位

立命館アジア太平洋大学
アカデミック・オフィス
スチューデント・オフィス

法定感染症病状証明書記入および医療機関受診証明書につきまして (依頼)

本学では、学校保健安全法第19条および学校保健安全法施行規則第18条（学校において予防すべき感染症）に基づいて、法定感染症は出席停止の扱いをしております。
主治医の先生方におかれましては、上記をご理解いただき、本学における当該学生の出席停止等及びその期間の判断に資するための本証明書をご記入の上、学生に交付して頂きます様、お願い申し上げます。なお、法定感染症以外の疾患の場合は、右記の（様式2）医療機関受診証明書へご記入をお願いいたします。

【問い合わせ先】
立命館アジア太平洋大学
〒874-8577 大分県別府市十文字原 1-1
スチューデント・オフィス
TEL : 0977-78-1124 FAX:0977-78-1125

法定感染症病状証明書 / Certificate of Recovery from Infectious Disease

立命館アジア太平洋大学
アカデミック・オフィス 御中

1. 下記の学生を法定感染症と診断しましたので、報告します。

受診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
受診者氏名 _____
受診者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 疾患名（下記疾患の該当欄にレ印をつけてください）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	
<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（ノロウイルス・ロタウイルスのみ）		
<input type="checkbox"/> その他(_____)		

3. 出席停止期間

上記の疾病により、 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日の出席停止が妥当であったことを証明します。

医療機関名:
住所/電話番号:
医師名: _____ 印
発行日:

医療機関受診証明書 / Certificate Proving Hospital Visit

1. 次の者が下記年月日において体調不良等により本院を受診したことを証明します。

受診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
受診者氏名 _____
受診者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 下記項目に該当するものがあればレ印をつけてください。

一定期間の入院による加療が必要です。（必要でした。）

期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

一定期間の自宅加療が必要です。（必要でした。）

期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

その他、特別に記載すべき事項があります。

記載すべき事項 (_____)

上記に該当するものはありません。

医療機関名:
住所/電話番号:
医師名: _____ 印
発行日:

※記載内容について、確認の為問い合わせをさせて頂く場合がございますので、予めご了承頂きます様、よろしくお願い申し上げます。

お問い合わせ先:
立命館アジア太平洋大学
〒874-8577 大分県別府市十文字原 1-1
スチューデント・オフィス
TEL : 0977-78-1124 FAX:0977-78-1125

提出先:アカデミック・オフィス

APU 事務局使用	
受付印	処理日