**感染症確認依頼書**

**（※その他感染症②の確認用フォーム）**

こちらは「学校感染症治癒証明書」に記載の**「□上記以外のその他感染症」**に該当し、主治医から感染の恐れがあるため

出席を控えるように指示された場合にのみ使用する様式となっています。

**※主治医からの聞き取り内容を依頼者本人が記入してください。主治医に書いてもらう必要はありません。**

○作成方法

①主治医に出席停止の感染症であるかどうか確認してください。出席停止の指示がない場合には、大学への入構を妨げることはありません。

②出席停止の感染症であった場合、依頼者本人が本様式に記入の上メールに添付し、健康相談室（kenko@shirayuri.ac.jp）へ出来る限り早くご連絡ください。

③こちらの内容について校医に確認しますが、状況によっては、出席停止とならない場合や出席停止の期間が変更となる場合があります。

④③で特に問題がなかった場合、健康相談室からその旨を回答しますので、出席停止期間終了後、主治医に「学校感染症治癒証明書」への記入を依頼（有料）してください。

⑤主治医が記入済みの「学校感染症治癒証明書」を教務課へ提出してください。**なお、本様式だけの提出では出席停止期間を確定出来ないため、「学校感染症治癒証明書」の提出も必要です。提出がない場合には、出席停止者としては認められませんのでご注意ください。**

○依頼者情報

記入日　：　20　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学籍番号 |  | 学科・学年 |  |
| 氏名 |  | 連絡先電話番号 |  |

※携帯等，必ず連絡がつく電話番号を記入してください。

○確認事項（※依頼者本人が聞き取り事項を記入）

|  |
| --- |
| 医師から言われた感染症の正式名称（正確にお願いします） |
| 医師から言われた出席停止期間（見込みの場合は見込みと記入してください）　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日から　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで　　　　　　 |
| その他、医師から何か言われていることがあれば記載してください（何もなければ「なし」と記入してください） |

白百合女子大学ウェルネスセンター　健康相談室

03-3326-3270