###

***Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

*75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906*  　　*電話番号: (781) 338-3000*

###  *TTY: N.E.T. Relay 1-800-439-2370*

**ジェフリー・C・ライリー（Jeffrey C. Riley）**

*コミッショナー*

**生徒が自宅、病院、または小児用養護施設に60日以上滞在する可能性があるという医療的理由を証明する医師の判断書**

マサチューセッツ州初等中等教育局の規則である603 CMR 28.04(4)では次のような規定が提供されています：

**生徒の主治医の意見**により、適格な生徒が**学校年度内に60日以上、**医療上の理由で自宅、病院、または小児用養護施設に滞在する可能性がある場合、特別教育担当責任者は、**不当に遅れることなくチームを招集し**、生徒の評価の必要性を検討し、適切であれば、既存のIEPを修正するか、生徒特有の状況に応じた新しいIEPを作成するものとする。

**以下の用紙をご記入のうえ学校区へ返送してください。**

**生徒の情報**

生徒氏名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_生年月日: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 学校区名­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

**医師の情報**

医師の氏名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

認証者のタイプ（M.D.またはナース・プラクティショナー）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ライセンス番号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

私は、上記の生徒が医療的理由で以下の場所に滞在する必要がある可能性が高いことを主張します。

□自宅、または

□病院、または

□小児用養護施設、または

□この上記の3つの組み合わせ

学校年度内に60日以上の学校日がある場合。

医療的診断と、生徒が自宅、病院、または小児用養護施設に滞在しなければならない理由、またはその他の医療的理由により学校に通うことができない場合：

生徒が病院や小児用養護施設に入院した日、または自宅で治療を開始した日：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□病状のために、学校年度の残りの期間、生徒は、自宅、病院、または小児用養護施設に滞在することが予想される場合、または、

□当該生徒は、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（日付は必ず記入してください） に学校に戻る予定です。(もし、上記の日にち以降も当該生徒が教育サービスを継続する必要性がある場合、生徒の保護者は、自宅、病院、または小児用養護施設での教育サービスを継続する必要性を証明するために、医師が署名した新たな書類を学校区に提出することが可能です。)

**自宅、病院、小児用養護施設での教育サービスを必要とする生徒の医療的必要性を証明する医師の判断書**

*私は上記の生徒の主治医であり、当該生徒の医療に責任を持っています。私は、当該生徒が上記に掲げた医療上の理由により、学校年度内に60日以上、あるいは年間を通して60日以上繰り返し、自宅、病院、あるいは小児用養護施設で滞在する可能性が高いことをここに証明致します。*

医師の署名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日付：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

さらに詳しい情報が必要な場合は、学校区は保護者の同意を求め、担当医師と連絡を取ることがあることをご了承ください。

**このフォームを記入済みのうえ学校区へ返送してください。**

その他の情報は、「[自宅または病院での教育サービスの実施に関する質疑応答ガイド](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)」をご覧ください。