### 

***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*

**医学的に必要な理由による、一時的な家庭教育または病院教育の必要性に関する医師の判断書**

マサチューセッツ州初等中等教育局の規則である603 CMR 28.03(3)(c)では、次のような

規定が提供されています：

公立学校に在籍している生徒が、医療上の理由から…**自宅または病院に一日または宿泊ベースでの滞在をしなければならないこと**を証明する医師の書面による指示を受けた場合、その生徒は公立学校区から一時的にその環境下で教育サービスを受けることができます。

**この用紙によりサービスの認証を有効にするためには、以下のすべての項目を記入し、必要な情報をすべて提供して頂く必要があります。**

**この用紙をご記入のうえ学校区に返送してください 。**

**生徒の情報**

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

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

**医師の情報**

医師の名前\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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、上記の生徒が医療上、以下の場所に一日あるいは宿泊ベースで滞在する必要があることを証明致します：

□自宅、または 　□病院、または　□両方の組み合わせ

以下の期間の間：

□最低14日間 　□または今年度中に累積して定期的に少なくとも14日間以上

医療的診断とその理由により、生徒が自宅や病院に閉じこもっている、またはその他の医療的理由で学校に通うことができない場合：

生徒が病院に入院した日、または自宅監禁を始めた日：

また、当該生徒が自宅や病院に滞在している間、上記の症状のため、通学している学校での作業量を減らす必要がる場合は、その制限内容を記述してください：

また、当該生徒の病状のため、自宅や入院中に教育プログラムの変更が必要な場合は、その状況を記述してください：

当該生徒は、 までに、（日付は必ず記入してください）学校に戻る予定です。

（もし、上記の日にち以降も医療上の必要性が持続する場合、生徒の保護者は、家庭や病院での教育サービス提供を継続する必要性を証明するため、医師からの署名入りの用紙を学校区に新たに提出しなければなりません）。

**生徒の医療的理由に基づく自宅あるいは病院サービスの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、上記の医療上の理由により、学校年度内に少なくとも14日間、または累積して定期的に少なくとも14日間以上、一日あるいは宿泊ベースで、自宅、病院、またはその両方の場所にて滞在する必要があることを証明致します。

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

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

詳細につきましては、ウェブサイト<https://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html>をご覧いただくか問題解決システム事務局の(781) 338-3700までお問い合わせください。

**この用紙を記入済みのうえ学校区に返送してください 。**