

ご担当医 殿

「学校における感染症」に罹患しました本学学生について、下記証明書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

学校保健安全法による「学校における感染症」罹患証明書

(2023年4月28日 学校保健安全法施行規則一部改正)

日本体育大学 健康管理センター

東京・世田谷キャンパス

03-5706-0854

横浜・健志台キャンパス

045-963-7904

1. 氏名：	生年月日（西暦）：	年	月	日
--------	-----------	---	---	---

「第1種～第3種の感染症」は国が取り決めている「出席停止基準」に従い出席停止になるため公認欠席となります。

2. 疾患名（該当欄にレ点を付けてください）	出席停止期間
第一種	治癒するまで
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症後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"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明	発症後5日を経過し、かつ、解熱した後2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又は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
第二種	
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	発疹に伴う熱が解熱した後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく）	耳下腺、顎下腺又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
<input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか）	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化（かさぶた）になるまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	医師において感染の恐れがないと認められるまで
第三種	
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 O-157（病原性大腸炎） <input type="checkbox"/> コレラ	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 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	

以下の「その他の感染症」については、担当医師、健康管理センター長において出席停止と判断した場合のみ公認欠席となります

第三種 その他の 感染症 ※1	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎【流行性嘔吐下痢症、ノロウイルス疑い】	<input type="checkbox"/> サルモネラ感染症
	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> 急性細気管支炎【RSウイルス感染症など】	<input type="checkbox"/> 伝染性単核球症（EBウイルス感染症）
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	<input type="checkbox"/> ()

※1 「その他の感染症」は、感染のまん延が疑われる場合に「出席停止」の措置を可能とするための類型であるため、「登校の目安及び医師の判断」に従い欠席の必要がありますが、この場合は出席停止にはならないため公認欠席にはなりません。

3. 出席停止・療養期間（該当箇所レ点をお願いします）

上記疾患により、下記期間の 出席停止 講義出席停止 実技出席停止 療養（公欠にはならない）を指示したことを証明します。

20 年 月 日 ～ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 名

印

健康管理センター 記入欄	受付年月日		センター長確認	有・無	担当者	印
	学籍番号		クラス		クラブ	