

## 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。

## 「学校における感染症」罹患証明書

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
2. 疾患名（該当欄にレ点を付けてください）						
疾患名			出席停止期間			
<input type="checkbox"/> 学校における感染症 第一種		治癒するまで <input type="checkbox"/> COVID-19（コロナウイルス感染症） <input type="checkbox"/>				
学校 に お け る 感 染 症 第 二 種	<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			
	<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		医師において感染の恐れがないと認められるまで			
	<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			
<input type="checkbox"/> 学校における感染症 第三種		医師において感染のおそれがないと認めるまで <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"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢				
<input type="checkbox"/> その他の感染症		<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎【ウイルス性（急性）胃腸炎（流行性嘔吐下痢症、ノロウイルス疑い）】 <input type="checkbox"/> 感染性大腸炎 <input type="checkbox"/> 急性咽頭喉頭炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（2018年～許可） <input type="checkbox"/> 伝染性単核球症に限る<日体大の特性により許可>				
<input type="checkbox"/> 上記以外（※）		<input type="checkbox"/> （ ）				

※ 感染拡大のおそれがある場合、健康管理センター長の判断による。

## 3. 出席停止期間

上記疾患により、下記の期間の出席停止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		