

ご担当医様

「学校において予防すべき感染症」に罹患しました本学学生について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます（各学科専攻が指定する病院内実習科目を履修中の学生については学校感染症を疑う症状の場合も該当します）

東京科学大学 湯島・国府台保健管理センターTEL : 03-5803-5081

学校感染症治療証明書 -医歯学系用-
Medical certificate of School Infectious Disease - Students in Medical and Dental Sciences-

①②いずれか該当する方について網掛け部分をご記入下さい。公欠に利用しますので具体的な日付でご記入ください。

学籍番号

氏名

① 下記の学校感染症が軽快し、登校に支障がないと判断し、

20 年 月 日から、20 年 月 日の出席停止が妥当であったことを認めます。

疾患名（該当欄にレ点を付けてください。その他においては疾患名の記入をお願いします。）

	疾患名	出席停止期間の目安
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	発症した後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 ※11日目以降は他者への感染性は低いとして出席停止からは除外
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 不明	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで ※11日目以降は他者への感染性は低いとして出席停止からは除外
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	適切な抗菌薬による治療開始後24時間経過するまで
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロウイルス <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> その他()	下痢、嘔吐が消失するまで ※非感染性胃腸炎は、出席停止の対象外となります
<input type="checkbox"/>	EBウイルス感染症	症状が回復するまで
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	主要症状が消失して2日経過するまで
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	感染の恐れがないと認められるまで
<input type="checkbox"/>	肺炎マイコプラズマ感染症	症状が回復するまで
<input type="checkbox"/>	その他（疾患名：)	

② 下記（チェックボックス）の学校感染症を疑う症状があり登校を控えていましたが、学校感染症ではなく（病名)でした。

20 年 月 日から登校を控えていましたが20 年 月 日から登校可能と認めます。

学校感染症を疑う症状（該当欄にレ点を付けてください。）

	学校感染症を疑う症状	出席停止期間の目安
<input type="checkbox"/>	風邪症状	症状が軽快するまで ※11日目以降は他者への感染性は低いとして出席停止からは除外 ※咳は残ることがあるので、軽快症状からは除外
<input type="checkbox"/>	下痢、嘔吐、腹痛	下痢、嘔吐が軽快するまで
<input type="checkbox"/>	発熱を伴う発疹	症状が軽快するまで

検査結果（新型コロナウイルス検査必須、インフルエンザは流行期必須）

新型コロナウイルス抗原検査	<input type="checkbox"/> 陰性	※陽性の場合は①をご記入ください
インフルエンザ抗原検査	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 流行期外にて未実施	※陽性の場合は①をご記入ください

学校感染症を疑う症状がある場合、各学科専攻が指定する病院内実習科目を履修中の学生は、発症24時間以降のコロナ抗原検査（流行時はインフルエンザ抗原検査も）を必須としています。ご協力の程、よろしくお願いいたします。

年 月 日

医療機関名

住所（所在地）

医師名

印

◆学生は、受診後速やかに「医歯学系 感染症罹患報告 Forms」を回答し、対応3を完了すること

◆学生は、登校再開後5日以内に、本書類を公欠届に添付して所属教務グループへ提出し、対応4を完了すること