**感染症登校許可証明書（信濃町地区以外の学生用）**

慶應義塾

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学籍番号 |  | 学部 |  | 学年 |  |
| 氏名 |  | | | | |

1. **インフルエンザに罹患（鳥インフルエンザH5N1を除く）または新型コロナウイルス感染症（COVID-19）で休んだ場合**

解熱薬を使用しなくても解熱して，登校の目安となる状態に至ってから登校してください。登校初日は太枠内を記入した本証明書と，罹患した証明として以下のいずれかを持参の上，保健管理センターで面接を受けてください。COVID-19の場合は発症から10日間はマスクを着用してください。

|  |
| --- |
| 【罹患した証明として認められるもの】  ・医療機関，検査機関での検査結果（氏名，検査方法，結果，医療機関名または検査事業所名がわかる書類か写真（印刷して持参））  ・自ら実施した医療用抗原検査キットの品目名・製造業者名がわかるもの（キットが入っていた箱や説明書など）と検査結果の判定ラインが確認できる写真データ（印刷して持参）  ・日付と氏名が記載されている抗ウイルス薬処方の説明書や薬袋  ・受診した医療機関発行の診断書や証明書  ※追加試験に申し込む場合の診断書の提出方法については，所属するキャンパスおよび学部の指示に従うこと。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 感染症名 | 登校の目安 | 目安の状態に至って | |
| いる | いない |
| インフルエンザ | 発症後5日を経過し（発症日から6日目），かつ，解熱した後2日を経過（解熱日から3日目） |  |  |
| 新型コロナウイルス感染症 | 発症から5日間が経過し（発症日から6日目），かつ，症状が軽快した後1日を経過 |  |  |

※発症日や解熱日は０日と数えます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当欄に○印を記入してください。

**②下記の感染症（の疑いを含め）に罹患した場合**

主治医に以下の二重線枠内をすべて記入してもらってから登校してください。登校初日は，まず本証明書を保健管理センターに持参してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記の者は，下記の疾病について学校感染症ガイドラインに基づき，以下の措置が適当と判断します。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 疾病名 | | | | |  | 麻疹（はしか） |  | 結核 | |  | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |  | 咽頭結膜熱・流行性角結膜炎等 | |  | 風疹（三日はしか） |  | 感染性腸炎\*（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  | 水痘（みずぼうそう） |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |   （上記疾病の該当欄に○印を記入してください。）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 初診 |  | 20　　　年　　　　月　　　　日 |  | |  | 登校禁止期間 |  | 20　　　年　　　　月　　　　日　～ | 20　　　年　　　　月　　　　日 | |  | 登校許可 |  | 20　　　年　　　　月　　　　日　から |  | |  |  |  |  |  | | 20　　　年　　　　月　　　　日 | |  | 医療機関名 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | 医師名 | 印 | |

\*感染性胃腸炎（ウイルス性胃腸炎），コレラ，細菌性赤痢，腸管出血性大腸菌感染症，腸チフス，パラチフス等

|  |
| --- |
| 学事担当 |
|  |

登校できなかった初日 ２０　　　年　　　月　　　日　午前・午後

登校初日 ２０　　　年　　　月　　　日　午前・午後

保健管理センター確認日 ２０　　　年　　　月　　　日 （体温　　　　　　℃）

確認者

法令の定める場合などを除き，本人の許可なく，その情報を第三者へ開示・提供することはありません。なお，医療個人情報，個人情報を取り扱う場合は，慶應義塾医療個人情報保護規程，慶應義塾個人情報保護規程(詳しくは，慶應義塾の個人情報保護のページ，https://www.keio.ac.jp/ja/privacy-policy/をご覧ください），慶應義塾の学術研究の用に供する個人情報保護規程に掲げる事項を遵守し，適正に管理を行います。

20240401