

# インフルエンザ登校許可証明書（名城公園キャンパス用）

※特定鳥インフルエンザおよび新型インフルエンザ等感染症を除く

愛知学院大学

| (本人記入)  |  |  |  |  |  |  |     |
|---------|--|--|--|--|--|--|-----|
| 学 籍 番 号 |  |  |  |  |  |  | 氏 名 |

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。登校初日は太枠内の本人記入欄を記入し、インフルエンザであったことを示す書類等（処方箋のコピーや処方の説明、薬袋等）をメディカルルームに持参してください。

登校初日から2週間はマスクの着用や手洗いの励行等感染予防に努めてください。

※文部科学省通達により、治癒証明の取得は不要とされています。

| (本人記入)                                  |     |            |         |         |         |         |         |   |
|---|-----|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---|
| ※発症日と解熱日を記録し、登校の目安としてください。              |     |            |         |         |         |         |         |   |
| 【出席停止期間目安】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。 |     |            |         |         |         |         |         |   |
| ①                                       | 発 症 | 1 日 経 過    | 2 日 経 過 | 3 日 経 過 | 4 日 経 過 | 5 日 経 過 | 登 校 可 能 |   |
|   | 日付  | /          | /       | /       | /       | /       | /       |   |
|   |     | ↑ 発熱が始まった日 |         |         |         |         |         | ↑ |
| ②                                       | 解 熱 | 1 日 経 過    | 2 日 経 過 | 登 校 可 能 |         |         |         |   |
|   | 日付  | /          | /       | /       | /       |         |         |   |
|   |     | ↑ 熱がさがった日  |         |         |         |         |         | ← |
| ①②の登校可能日のうち遅い日付を登校許可の目安とします。            |     |            |         |         |         |         |         |   |

● 出席停止日数の数え方について

【例】 ※① 発症した後5日を経過（例：水曜日に発熱の症状が出現した場合）

|     |         |     |     |     |     |      |
|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------|
| 水曜日 | 木曜日     | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 | 月曜日 | 火曜日  |
| 発症  | ← 5日間 → |     |     |     |     | 出席可能 |
|     |         |     |     |     |     |      |

※② 解熱した後2日を経過（例：月曜日に熱がさがった場合）

|     |         |         |      |
|-----|---------|---------|------|
| 月曜日 | 火曜日     | 水曜日     | 木曜日  |
| 解熱  | ← 1日目 → | ← 2日目 → | 出席可能 |
|     |         |         |      |

| (本人記入)  |   |   |   |
|---------|---|---|---|
| 休み始めた日  | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関受診日 | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関名   |   |   |   |

出席停止期間      年    月    日 ～      年    月    日

登校許可日                      年            月            日

メディカルルーム  
確認日                              年            月            日

確認者 \_\_\_\_\_ (印)

| 名城公園キャンパス事務室記入欄 |     |
|-----------------|-----|
| 公欠証明書発行日        | 担 当 |
| 月    日          |     |