

法定感染症病状証明書および医療機関受診証明書につきまして(依頼)

本学では、学校保健安全法第 19 条および学校保健安全法施行規則第 18 条(学校において予防すべき感染症)に基づいて、下記の法定感染症は学内蔓延防止の観点から出席停止の扱いをしております。担当医の先生方におかれましては、上記をご理解いただき、本学における当該学生の出席停止等及びその期間の判断に資するための本証明書をご記入の上、学生に交付して頂きます様、お願い申し上げます。なお、法定感染症以外の疾患の場合は、右記の[様式 2]医療機関受診証明書へご記入をお願いいたします。

記入についてのお問い合わせ先 : APU スチューデント・オフィス 0977-78-1128

[様式 1]

法定感染症病状証明書 / Certificate of Recovery from Infectious Disease

立命館アジア太平洋大学 殿

1. 下記の学生を法定感染症と診断しましたので、報告します。

受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日生
学籍番号 / Student ID No.*	*学生本人記入/Information required to be filled out by the student.

2. 疾患名(下記疾患の該当欄に○印をつけてください)

種別 / Class	○印	病名 Name of Disease
第一種 / Class 1		第一種感染症 / Class 1 infectious disease:[]
第二種 / Class 2		インフルエンザ(特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く) / Influenza (excluding specified avian influenza and novel influenza)
		百日咳 / Pertussis (whooping cough)
		麻疹(はしか) / Measles
		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) / Mumps
		風しん(三日はしか) / Rubella (three-day measles)
		水痘(みずぼうそう) / Varicella (Chicken pox)
		咽頭結膜熱(プール熱) / Pharyngoconjunctival fever (PCF)
第三種 / Class 3		新型コロナウイルス感染症 / COVID-19
		結核 / Tuberculosis (TB)
		髄膜炎菌性髄膜炎 / Meningococcal meningitis
		コレラ / Cholera
		細菌性赤痢 / Shigellosis
		腸管出血性大腸菌感染症 / Enterohemorrhagic E.coli
		腸チフス / Typhoid
		パラチフス / Paratyphoid
		流行性角結膜炎 / Epidemic keratoconjunctivitis
	急性出血性結膜炎 / Acute hemorrhagic conjunctivitis	
	ノロウイルス感染症 / Norovirus infection	
	ロタウイルス感染症 / Rotavirus infection	

3. 出席停止期間 / Attendance suspension period

上記の疾病により、以下の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

受診日:	年 月 日()	~	療養終了日:	年 月 日()
------	----------	---	--------	----------

医療機関名 :	
住所・電話番号 :	
医師名 :	_____ 印
発行日 :	_____年 _____月 _____日

医療機関受診証明書 / Certificate Proving Hospital Visit

1. 次の者が下記年月日において体調不良等により本院を受診したことを証明します。

受診年月日 _____年 _____月 _____日

受診者氏名 _____年 _____月 _____日

生年月日 _____年 _____月 _____日

2. 下記項目に該当するものがあればレ印をつけてください。

一定期間の入院による加療が必要です。(必要でした。)

期 間 : _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

一定期間の自宅加療が必要です。(必要でした。)

期 間 : _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

その他、特別に記載すべき事項があります。

記載すべき事項 (_____)

上記に該当するものはありません。

医療機関名 :	
住所・電話番号 :	
医師名 :	_____ 印
発行日 :	_____年 _____月 _____日

※記載内容について、確認の為問い合わせをさせて頂く場合がございますので、予めご了承頂きます様、よろしくお願い申し上げます

お問い合わせ先

立命館アジア太平洋大学 アカデミック・オフィス

〒874-8577 大分県別府市十文字原 1-1
TEL:0977-78-1122 / FAX:0977-78-1123