年　　月　　日

感染症報告書

麻布大学長　殿

学籍番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、下記の感染症と診断され、医師により感染のおそれがないと認められましたので報告いたします。

感染症名（該当欄に〇印をつけてください）

	感　染　症　名		感　染　症　名
	第１種の感染症（　　）		インフルエンザ（ Ａ ・ Ｂ ）
	結核		百日咳
	髄膜炎菌性髄膜炎		麻疹（はしか）
	コレラ		流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	細菌性赤痢		風疹
	腸管出血性大腸菌感染症		水痘（水ぼうそう）
	腸チフス		咽頭結膜熱（プール熱）
	パラチフス		溶連菌感染症
	流行性角結膜炎		マイコプラズマ肺炎
	急性出血性結膜炎		新型コロナウイルス感染症
	その他の感染症 （　　）		

発症した日　　年　　月　　日

解熱した日　　年　　月　　日

欠席した期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

診断を受けた医療機関名

(添付)医療機関発行の領収書や処方された薬の説明書等、受診したことがわかるものを添付すること。

※インフルエンザおよび麻疹にかかった方は、発症した日からの検温を記録してください。

日　付							
体　温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

◎出席停止期間終了後、教務課に提出し、所定の手続きを行ってください。

**********＜以下、大学記入欄＞**********

受 付 日：　　年　　月　　日

出席停止期間：　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

健康管理センター長	学生支援課長	教務課長	教務課担当