

「感冒様症状に係る届出制度」証明書 発行願い

20230515 改訂

本日の日付（発行日） 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

区分 _____ 学生 _____

希望証明書（○をつける） インフルエンザ ・ 新型コロナ ・ 風邪様症状のみ

学籍番号 _____

所属学部・学科（所属） _____

連絡先電話番号 _____ 内線 _____

氏名 _____

連絡した日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 症状が出始めてから治まるまでにどんな症状がありましたか？（○をつける）
咳・鼻水・頭痛・のどの痛み・筋肉痛・全身倦怠感（だるさ）・下痢・腹痛
嗅覚異常・味覚異常・その他（ _____ ）

- ・ 熱は最高何度まで出ましたか？

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ℃

インフルエンザ検査陽性の場合（ ） 内の日数 ご自分でチェックして確認

- ・ 症状が出始めた日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ↓
症状が出始めた、翌日から数えて5日（5日）経過していますか？ ☐

- ・ 熱が平熱になった日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
平熱になった翌日から数えて1日（2日）経過していますか？ ☐

- ・ 全身倦怠感が消失した日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
全身倦怠感が消失した翌日から数えて1日（2日）経過していますか？ ☐

- ・ 症状がおさまった日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
症状がおさまった翌日から数えて1日（2日）経過していますか？ ☐

- ・ 医療機関を受診しましたか？ いいえ ・ はい ↓ 記入

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院

- ・ 診断は？ 新型コロナ（ 抗原検査キット陽性 PCR 陽性 状況より ）
インフルエンザ（ A 型 ・ B 型 ）
症状のみ

- ・ 抗ウイルス剤（リレンザ・イナビル・タミフル）を使用しましたか？（○をつける）
タミフル ・ リレンザ ・ イナビル ・ その他（ _____ ） ・ 使用せず

注意：最低10日間はマスクを着用し、感染防止に努めてください。