

学校感染症
新型コロナウイルス感染症に罹患した場合

新型コロナウイルス感染症に罹患した場合、「健康管理表」を用いて、ご自身で健康観察してください。
療養期間(*)終了後、この様式をご自身で記入のうえ、所属学部・研究科事務室(CIEC)に提出してください。

(*)
有症状: 発症日から7日間経過(発症日を0日目とカウント)し、かつ、症状軽快から24時間経過するまで。
ただし、現に入院している場合には、発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過するまで。
無症状: 検体採取日から7日間を経過するまで。加えて、5日目の薬事承認された抗原定性検査キットによる検査で陰性を確認した場合は、6日目から登校可能。
※有症状の方は10日間、無症状の方は7日間を経過するまで、感染リスクが残存することから、自身による検温や健康状態の確認を行い、高齢者等重症化リスクのある方との接触や感染リスクの高い行動を控える等、自主的な感染予防行動を徹底すること。

※新型コロナウイルス感染症以外の学校感染症と診断されている場合は、通常の「学校感染症・登校許可証明書」を使用してください。
※発熱や風邪症状による登校停止には、「感冒様症状に関する届」を使用してください。
※海外からの帰国・入国による登校停止には、「帰国後健康観察期間終了届」を使用してください。
※保健所等からの自宅待機指示や濃厚接触の疑いによる登校停止には、「濃厚接触等による健康観察期間終了届」を使用してください。

学長 殿

関西学院大学 / Kwansai Gakuin University
聖和短期大学 / Seiwa Junior College

新型コロナウイルス罹患による療養期間終了届 /
Notice of the end of the period of medical treatment due to COVID-19

学部・研究科 School/Graduate School	フリガナ 氏名 Name
学生番号 Student ID Number	生年月日 年 月 日生 DOB Day / Month / Year

療養期間中の状況 / Status during the period of the medical treatment	
登校を停止した日 Date of suspension from school	年 月 日() Day / Month / Year
症状が出現した日(※健康状態不良の場合のみ記入) Date that your symptoms appeared (Fill in only when health conditions is not good)	年 月 日() Day / Month / Year
症状がすべて消失した日(※健康状態不良の場合のみ記入) Date that all of your symptoms disappeared (Fill in only when health conditions is not good)	年 月 日() Day / Month / Year
療養期間を終了した日 Date of completion of the the period of the medical treatment	年 月 日() Day / Month / Year
療養期間を過ごした場所 Where I spent the period of the medical treatment	病院・宿泊施設・自宅・その他() Hospital/Accommodation/Your home/Other()
登校を開始する日 Date you will go to school	年 月 日() Day / Month / Year

(※)無症状陽性者の場合、登校停止期間は検体採取日から7日間を経過するまでとしていますが、5日目の薬事承認された抗原定性検査キットによる検査で陰性を確認した場合は、6日目から登校可能です。
(※)For asymptomatic positive patients, the period of suspension from school is until 7 days have elapsed from the date of specimen collection. However, if a negative result is confirmed by testing with an antigen qualitative test kit approved by the pharmaceutical affairs on the 5th day, the patient may attend school from the 6th day.

上記(※)を適用しますか? Do you apply the above (*)?	はい・いいえ Yes / No
上記「はい」と回答した場合、検査を受けた日 If "Yes" above, date of inspection	年 月 日() Day / Month / Year
検査結果が陰性であれば、チェックボックスに✓してください If the test result is negative, please ✓ the checkbox	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> Negative

(提出先)所属学部・研究科事務室 ※全学学生交換協定に基づく交換学生、およびCIEC主催プログラムによる短期留学生の場合は、CIEC (Submit to) Office at your affiliated School/Graduate School *school (or CIEC, if you are an international student at KGU through a student exchange agreement, or a short-term international student at KGU through a CIEC-operated program)

注意1) 保健所等からの指示には、必ず従うようにしてください。
Note1) Be sure to follow the orders of the public health center.

注意2) 有症状の場合、無症状の場合で、それぞれ療養期間が異なりますので、指示された期間、登校停止してください。
Note2) The duration of medical treatment differs for symptomatic cases, and asymptomatic cases, so please stop attending school for the indicated period.

以上のように、登校停止期間を終えたことを届けます。

As stated above, I would like to report that I have completed the duration of my enforced absence from school.

年 月 日
Day Month Year

氏名(自署)
Name (Signature)