学校感染症（インフルエンザ・COVID-19）　**健康観察表**　（学生用）　　登校日の朝まで健康チェックしてください

※『学校保健安全法施行規則第三章　感染症の予防』に基づき 出席停止の取り扱いをいたします。

①体調不良や病院受診、検査などされた場合、罹患又は感染の疑いがある場合は事務局に連絡

学校感染症報告フォーム　https://req.qubo.jp/u_shizuoka/form/iXJMMv18　→

学生室　mail: gakus@u-shizuoka-ken.ac.jp　tel: 054-264-5009

②症状が治癒したときは、健康観察表と薬剤情報提供文書などを、健康支援センター（医務室）に提出

健康チェック後⇒　学生室に提出⇒　本人が先生に健康観察表のコピーを見せ、欠席届（短期）を提出

＊大学近隣の医療機関　（健康支援センターHP）https://sweb.u-shizuoka-ken.ac.jp/~kenko/clinic.html

＊『発熱等の症状がみられる場合』症状消失・解熱後、解熱剤を使用せずに平熱が2日続くまでは休みましょう

学籍番号　　所属研究室

氏名　　所属団体（サークル等）

待機・療養場所　アパート・実家・ホテル・病院・その他　　**ボールペンで記入すること**

＊発症日・接触日に◎　　**＊出席した所に〇、欠席した所に×**

| ＊ | 月日 | 曜日 | 体温 | | 解熱剤 | 症状のある所に〇 | | | | | | | | | | | 就業・授業・サークル部活・アルバイト・旅行など | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 午前 | | 午後 | | | 課外活動 | アルバイト | その他(受診・検査結果等) |
| | | | | | | 熱感 | だるい | 息切れ | 咳 | 鼻水 | のど痛 | 頭痛 | 下痢 | 味覚異常 | 嗅覚異常 | その他 | 1時限 | 2時限 | 3時限 | 4時限 | 5時限 | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 朝 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 夕 | °C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

受診医療機関名

受診日　　処方薬名に〇 タミフル・リレンザ・イナビル・ゾフルーザ・ラピアクタ

他（　　）

医師の指示・説明

| 出席停止期間 | |
|---|---|
| ～ | |
| 確認印 | |
| 医務室 | 学生室 |
| | |

静岡県立大学健康支援センター