

C O V I D - 1 9 感染（疑い）にともなうPCR検査・抗原検査 受検報告用紙

記入者名	電話番号（日中連絡がつく番号）

（該当児童生徒について）

年齢	性別	学部	学年	組	名前
P C R 検査・抗原検査 受検日		P C R 検査・抗原検査 判定日		検査結果	受検医療機関名
年 月 日（ ）		年 月 日（ ）			

感染経路について（わかる範囲で）

--

居住地市町名	対応保健所（健康福祉事務所）名

最終登校日	発症日時及び症状
年 月 日（ ）	発症日： 年 月 日（ ） / 症状：

校内における他者との接触状況(わかる範囲で)

--

最終登校日の症状（わかる範囲で）	現在の症状

保健所からの指示事項