

新型コロナウイルス感染症に関する欠席届(R3.4.16～)改訂版

【この用紙は保護者が記入してください。】

年次 組 番 名前 (男・女)

保護者名 印

1-1). 本人の発熱・風邪症状の有無

なし あり ↓

| 月日 | / () | / () | / () | / () | / () | / () | / () |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 出欠の状況 | | | | | | | |
| 受診日に○ | | | | | | | |
| 体温 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| 症状 | | | | | | | |
| 薬の使用 | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |

①風邪症状が見られたことを学校に報告した日 月 日 ()

②かかりつけ医や保健所、発熱等受診相談センターへの電話連絡・相談

なし あり ↓

指示内容 コロナウイルス感染の疑いにより自宅で休養

医療機関受診 → 医療機関名 ()

その他

1-2). 同居する家族の発熱・風邪症状の有無

なし あり ↓

①同居家族の続柄 → ()

②同居家族の発熱の期間 月 日 () ~ 月 日 ()

2. 感染者との濃厚接触(本人および同居する家族)

なし・不明 あり ↓

①同居家族の感染が判明した(家族が濃厚接触者と特定もしくはPCR検査対象となった)場合

→ 同居家族の続柄 ()

②感染者の濃厚接触者となった場合

→ 濃厚接触の場所・機会 ()

③感染者との最終接触日 月 日 ()

④発熱等受診相談センターからの指示

()

3. 医療機関受診

なし あり ↓

①受診日 月 日 ()

②受診(検査)結果・医師からの指示

()

**☆新型コロナウイルス感染症と診断された場合は「治癒するまで」出席停止
医師や保健所による証明書等が必要**

(担任記入欄)

*「出席停止期間」を担任が記入後、教務部に提出願います。

担任氏名 印

出席停止期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()