

年 組 氏名

◆該当する項目に○をつけ、必要事項を保護者をご記入下さい。

保護者名

◆再登校の初日に、担任へ提出して下さい。

〈 〉 陽性と診断された場合

◇症状の有無： なし ・ あり( 月 日から症状： )  
 ◇医療機関受診： なし ・ あり(医療機関名 )  
 ◇保健所相談窓口へ連絡： なし ・ あり(相談施設名： )  
 ◇検査日： 月 日実施 PCR 検査 ・ 抗原検査 ・ 検査なしで陽性判断  
 ◇保健所からの指示 自宅療養期間 年 月 日～ 年 月 日まで  
 その他指示内容( )  
 ◇自宅療養システムによる自宅待機期間 年 月 日～ 年 月 日まで  
 ◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

〈 〉 感染が疑われる症状があり医療機関を受診した場合

◇症状：発熱( °C) ・ 咳 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水 ・ 倦怠感 ・ 頭痛  
 その他( )  
 ◇受診日： 年 月 日 ( 投薬や指示内容 )  
 ◇医療機関名： \_\_\_\_\_  
 ◇診断名： \_\_\_\_\_  
 ◇検査の必要性：なし ・ あり (PCR 検査・抗原検査)： 月 日実施し陰性  
 ◇登校を許可された日： 年 月 日  
 ◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

〈 〉 感染が疑われる症状があり自宅待機をした場合 ※症状が翌日まで続く場合は、医療機関を受診して下さい。

◇症状：発熱( °C) ・ 咳 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水 ・ 倦怠感 ・ 頭痛  
 その他( )  
 ◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

〈 〉 濃厚接触者となり自宅待機をした場合 ※陰性が確認できた場合は必ず□内にチェックを記入してください。

◇特定された保健所または施設：( )  
 ◇薬事承認された抗原検査での検査有無 なし・あり (ありの場合 □2日目陰性□3日目陰性)  
 ◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

〈 〉 その他の理由で登校を自粛した場合

◇事由( )  
 ◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで