

新型コロナウイルス感染症 登校許可証明

湘南学園中学校高等学校

中・高 年 組 氏名

保護者名

印

◆感染した場合は、医療機関の記入のみ、感染の疑い及び風邪症状等の場合は保護者の記入のみとなります。

医療機関記入

●新型コロナウイルス感染症に罹患した場合は、医療機関に記入していただき、提出して下さい。

上記の疾病が治癒したので、登校してよいことを証明します。

初診日： 年 月 日

登校停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

登校許可日： 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

印

保護者記入

●新型コロナウイルス感染症の疑いがあり、医療機関を受診または帰国者・接触者相談センターへ連絡した場合、下記の内容を保護者が記入し、提出して下さい。

●発熱・風邪症状で自宅待機をした場合は、下記の内容を保護者が記入し、提出して下さい。

【医療機関受診・相談センターへ連絡した場合】

◇診断名： _____

◇医療機関名： _____

◇受診日： 年 月 日

◇ _____ 市相談センターへ連絡： 年 月 日

投薬や指示内容

◇登校許可日： 年 月 日

◇登校停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

【自宅待機の場合】

◇症状：発熱(_____ °C)・咳・咽頭痛・鼻水・倦怠感・その他(_____)

◇登校停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

【確認欄】

※確認後は、保健室で保管します。

保健室

担任