

# 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

◆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。

◆再登校の初日に、保健室へ提出し健康観察を受けてから教室へ行って下さい。

## 〈 〉 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(遅刻・早退を含む)	

## 〈 〉 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
◇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(遅刻・早退を含む)

## 〈 〉 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(早退を含む)

### 【学校確認欄】

※保健室で健康観察を受けてから、受理して下さい。

※確認後は、保健室で保管します。

保健室	担任