

# 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



◆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：	投薬や指示内容								
◇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)				

## 〈 〉 新型コロナワクチン接種後の副反応が出た場合

◇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)				

【学校記入欄】※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