

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、必要事項を保護者が記入して下さい。

《 》 陽性と診断された場合

◆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ください。

◇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

◇自宅療養期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

(※自宅療養期間終了後の体調不良により欠席は、医療機関の受診や指示がなければ出席停止となりません。)

◇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った場合

※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 ・ 頭痛 ・ 倦怠感 ・ 関節痛 ・ その他()

◇受診： 受診あり ・ 受診せず自宅で休養 [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(遅刻・早退を含む)

《 》 濃厚接触者となり(疑いも含む)自宅待機した場合

※陰性が確認できた場合は、必ず□内にチェックを記入して下さい。

◇感染者との最終接触日： 年 月 日

◇自宅待機期間： 年 月 日まで

◇薬事承認された抗原検査での検査の有無： なし ・ あり

ありの場合、2日目陰性 3日目陰性：検査キット商品名()

◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで(遅刻・早退を含む)

《 》 新型コロナワクチンを接種した場合(欠席のみ)またはワクチン接種後の副反応が出た場合

◇ワクチン接種日： 年 月 日

◇症状：発熱(°C)・頭痛・ 倦怠感 ・ その他()

◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで(副反応での早退を含む)

《 》 その他の理由で登校を自粛した場合

※医療ケア及び基礎疾患があり重篤化するリスクが高い場合や、感染予防等を含む

◇事由()

◇出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

【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