新型コロナウイルス感染症に伴う欠席届

※学校記入欄

1．生徒氏名：　　年　　組　　番　　氏名

2．登校しなかった期間：　　年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）

3．受診した場合の医療機関名　：　　受診日：　　月　　日（　　）

4．受診した場合の診断名：

下記の理由により、登校をしなかった事を届け出ます。（該当するところに○をつけてください。）

	生徒の状況	
	①本人が感染した場合	発症日：　　月　　日（　　） ＊医師から登校の許可が出ましたら生徒手帳の「登校許可証明書」に記入してもらい、登校の際に担任に提出してください。
	②本人が濃厚接触者と判定された場合	感染者との関係：　　最終接触日：　　月　　日（　　）
	③本人や家族・同居人に発熱症状がある場合	発熱した日：　　月　　日（　　）
	④本人や家族・同居人に風邪症状がある場合	風邪症状が出現した日：　　月　　日（　　）
	⑤家族・同居人が濃厚接触者と判定された場合	家族が濃厚接触者と判定された日：　　月　　日（　　）
	⑥本人がワクチン接種をした場合	ワクチン接種日：　　月　　日（　　）

◎欠席期間中は下記の表に体温や症状、内服薬の種類を記入してください。

月/日		/	/	/	/	/	/	/
体温	起床時	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	就寝時	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
主な症状								
内服薬		無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：
月/日		/	/	/	/	/	/	/
体温	起床時	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	就寝時	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
主な症状								
内服薬		無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：	無 / 有 種類：

上記の通り、保護者として責任をもって申告いたします。

校長	教頭	教務	保健室	担任

年　　月　　日

保護者氏名　　印