

## 新型コロナウイルス感染症についての連絡票

※保護者が記入してください

次の場合、出席停止、または公欠の扱いとなりますので、ご記入の上、再登校の際に担任へ提出してください。

( )科 ( )年 ( )番 生徒氏名 ( )

## 1 出席停止、または公欠となる事由 (☑ をつけてください)

- 医療機関や保健所等において、新型コロナウイルスに感染していると判明した
- 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者と特定され、保健所から医療機関の受診や自宅等での待機を求められた
- 新型コロナウイルス感染症に係る濃厚接触者とは認められないが、保健所の健康観察の対象となった
- 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)、発熱 ( )℃)などの風邪症状がみられた
- 主な症状(○をつける)： 頭痛 のどの痛み せき 鼻水 倦怠感 味覚、臭覚の異常
- その他の症状 ( )

- 同居の家族に発熱等の風邪症状(倦怠感、咽頭痛など)がある場合
- 本人との続柄 ( )
- 主な症状(○をつける)： 発熱 ( )℃) 頭痛 のどの痛み せき 鼻水 倦怠感 味覚、臭覚の異常
- その他の症状 ( )

- 上記の事由以外で、本人や保護者からの申し出があり、必要と判断された
- ※生活圏において感染経路が不明な患者が急激に増えている地域で、同居家族に高齢者や基礎疾患のある者がいるなどの事情があって、ほかに手段がない場合など、合理的な理由がある場合
- 新型コロナウイルスワクチン接種 ( )回目)を受けた
- 新型コロナウイルスワクチン接種 ( )回目)後に発熱があった ( )℃)
- 新型コロナウイルスワクチン接種 ( )回目)後に、発熱以外の腕の痛み等の症状がある

## 2 期間

令和4年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

遅刻の場合： 時 分に登校

早退の場合： 時 分に下校

## 3 医療機関 (受診した場合のみ)

受診日 令和4年 月 日 ( )

医療機関名 住所

医師による指示

上記のとおり報告します。 (再出席の日付) 令和4年 月 日

保護者氏名 (自署) \_\_\_\_\_