

新型コロナウイルス感染症(疑い含む)についての出席停止連絡票

【保護者が記入してください・再登校後1週間以内に担任に提出のない場合は、出席停止扱いになりません】

科 年 組 番 氏名 (部)

1 出席停止となる事由(☑をつけてください)

- ☐新型コロナウイルスの感染が判明した
- ☐新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者に特定された
- ☐学校で感染者と感染可能期間に接触があり、手洗いなどの手指衛生や咳エチケット、換気等の基本的な感染対策を行わずに飲食を共にした
- ☐発熱や咽頭痛、咳等の普段と異なる症状がみられる
- ※新型コロナウイルスワクチン接種に伴う副反応であるかに関わらず発熱等の症状が見られるときには、これに該当します
- ☐生徒本人がPCR検査を受け(もしくはPCR検査を受ける予定があり)、まだ結果が出ていない
- ☐その他()

2 出席停止期間

令和 年 月 日() ~ 月 日()

* 出席停止事由によっては実際に出席していない期間と異なる場合があります。

3 受診した場合にかかった医療機関

医療機関名 TEL

* 発熱等の風邪症状がある場合は、必ずかかりつけ医などに相談の上、受診してください。

4 出席停止期間中の様子(必ず記入してください)

* 初めて症状が出た日からの経過(体温、症状、受診の状況等)を詳しく記入してください。
濃厚接触者になった場合も記入すること。

上記について連絡します。 保護者氏名(自署)

担任記入	出席停止期間: 月 日() 限 ~ 月 日() 限(日間) ※()内は休日を除く、登校日のみの日数をご記入ください。 早退・遅刻をした日は1日と数えます。 上記期間出席停止をお願いします。 担任
------	--