

## 新型コロナウイルス感染症に関連した出席停止措置依頼書（R5.1.13改訂）

中 ・ 高 年 組 番 氏名

出停期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

出停理由 ※レ点を入れてください。（複数回答可）

- 発熱、風邪症状、味覚、嗅覚障害等があったため・・・①へ進む
- 新型コロナウイルス感染症に罹患したため・・・①へ進む
- 濃厚接触となったため(同居家族を含む)・・・①、②へ進む
- 基礎疾患があり、主治医と相談し登校を自粛した・・・③へ進む
- 同居するご家族に発熱、風邪症状、味覚、嗅覚障害等があったため・・・①へ進む（生徒の状態を記入）
- ワクチン接種日（令和 年 月 日）のため
- ワクチン接種に伴う副反応症状があるため・・・①へ進む

※副反応による出席停止は原則ワクチン接種1回につき1日間のみ認める

## ① 出席停止期間中の経過（症状がない場合もご記入ください）

月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
解熱剤	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状 咳、咽頭痛、 関節痛等										

## 【医療機関受診】

●受診日：令和 年 月 日（ ）

●受診（検査）結果と医師からの指示： \_\_\_\_\_

## ② 濃厚接触となった経緯 ※下線をご記入ください。

濃厚接触者となったのは？： \_\_\_\_\_（例：本人、父、母、等）

※『本人』とお答えの場合は、下記をご記入ください。

●感染者との最終接触日：令和 年 月 日（ ） 時頃 \_\_\_\_\_

●保健所、医療機関からの指示： \_\_\_\_\_

※感染者との最終接触日を0日とし、翌日から5日間は登校できません。

## ③ 基礎疾患があり登校自粛 ※下線をご記入ください。

●疾患名： \_\_\_\_\_

●医療機関名： \_\_\_\_\_

●主治医からの指示内容： \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_

印