

学校長殿

新型コロナウイルス感染症に関わる報告書

生徒氏名 _____ 年 組 番 氏名 _____

以下の該当する項目に□に✓をつけてください。(複数回答可)

ワクチンを接種の場合 ワクチン接種日： _____ 月 _____ 日

風邪の症状や吐き気、腹痛、ワクチンの副反応等がある場合

	症状を記入	体温(朝)	体温(夜)
月 日			
月 日			
月 日			

新型コロナウイルスの感染を確認する検査の対象となった場合

医療機関において新型コロナウイルスに感染していると診断された場合

感染者の濃厚接触者となった場合 (同居家族が感染した等)

家族が発熱等風邪症状がある場合

出席停止の期間 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※本書による報告は、学校が独自に判断する特定期間における新型コロナウイルス感染症の拡大防止を目的としています。

保護者名 _____ (自署)

【提出経路】 本人 → 担任 → 保健室