学校における新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）についての報告書

年　　組　　番 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　平成　　年　　月　　日生

登校しなかった期間	令和　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）
登校しなかった理由 ※複数ある場合は全てに☑ ※新型コロナウイルス感染症と診断された場合は治癒証明書を提出	□医療機関により新型コロナウイルスと診断された □新型コロナウイルス感染症の患者と接触があった □保健所等から自宅待機を求められた □強いだるさ（倦怠感）があった □息苦しさ(呼吸困難)があった □高熱等の強い症状があった　　（　　℃） □発熱や咳などの風邪症状があった （具体的な症状：　　） （　　℃）（　　日間） □新型コロナワクチン接種副反応 （具体的な症状：　　） □その他（ 腹痛　下痢　嘔吐 ・　　） □同居の家族に発熱等の風邪の症状がみられた （続柄　　）
受診した医療機関 ※受診は必須ではありません	受　診　日：令和　　年　　月　　日（　　） 医療機関名： 住所： 診　断　名： 医師の指示：

上記について報告します。令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印