

## 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 生徒名

生年月日 平成 年 月 日生

登校しなかった期間	令和 年 月 日( ) ~ 令和 年 月 日( )
登校しなかった理由 ※複数ある場合は全てに☑	<input type="checkbox"/> 感染が判明した <input type="checkbox"/> 感染者の濃厚接触者に特定された <input type="checkbox"/> 学校で感染者との接触があり、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 <input type="checkbox"/> 発熱や咽頭痛、咳等の普段と異なる症状がみられた (具体的な症状: ) (体温: °C) (期間: 日間)
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

保護者署名