

校長	教頭	教務	保健厚生	学年主任	担任

→保健室保管

令和 年 月 日

岐阜県立武義高等学校長 様

## 新型コロナウイルス感染症に係る出席停止届

年 組 番 氏名

保護者名

1 出席停止の期間 令和 年 月 日( ) ~ 年 月 日( )

2 出席停止の理由 該当するものすべてに○印を付け、必要事項を記入してください。

○印	理由	詳細(必ず記入すること)
	<u>生徒本人</u> 新型コロナウイルス感染症陽性診断	陽性確認日: 月 日( ) 陰性確認日: 月 日( ) 自宅待機指示: 月 日( )まで
	<u>生徒本人</u> 濃厚接触者になった	感染者の続柄: _____ 最終接触日: 月 日( ) 自宅待機指示: 月 日( )まで
	<u>生徒本人</u> 健康チェックカードに記載された症状等があり、新型コロナウイルス感染症の疑いがある	体温: _____℃ (主な症状)
	<u>同居家族</u> 生徒の健康チェックカードに記載された症状等があり、新型コロナウイルス感染症の疑いがある、等	続柄: _____ (対象家族の主な症状) (生徒本人の主な症状)
	<u>生徒本人または家族</u> PCR 検査を受けた	受けた人: 本人・家族(続柄 _____) 検査日: 月 日( ) 結果通知日: 月 日( ) 検査結果: 陰性・陽性
	ワクチン接種	予約時間:
	ワクチン接種による副反応	主な症状:  ※要接種済証添付(接種日・機関が分かる物)
	その他の理由 (接触確認アプリで通知があった、濃厚接触者となった人物と接触があった等、予防に関するものも含む。基礎疾患があり、感染予防のために欠席したい場合は事前に学校までご相談ください。)	※具体的に

\* 接触確認アプリ「COCOA」で通知があった場合や3日以上症状が続く場合は必ず公的医療機関に相談してください。

\* 出席停止期間は「本人又は同居家族の該当症状がなくなるまで」、又は「公的機関から指示された期間」とします。

\* 新型コロナウイルス感染症の疑いや学校感染症ではないことが診断されれば出席停止は解除されます。

3 上記に関連して生徒が医療機関等を受診した場合

受診医療機関名	
医療機関受診日	令和 年 月 日( )

\* 医療機関を受診した場合は受診を証明できるもの(診療明細書、領収書、調剤明細書等のコピー)を添付してください。