2022. 4～

校長	教頭		教務部長	保健室	学年主任	HR担任

岐阜県立大垣北高等学校長　様　　記入日　令和　　年　　月　　日

保護者記入

年　　組　　番　氏名

保護者氏名

学校感染症（新型コロナウイルス感染症）報告書

■出席停止の理由

○印	理　　由　（本人）	○印	理　　由　（同居家族）
	感染者　（本人）		感染者　（同居家族）
	濃厚接触者又は接触者　（本人）		濃厚接触者又は接触者　（同居家族）
	PCR検査受検　（本人）		PCR検査受検　（同居家族）
	発熱等の該当症状　※下記①～⑧を参照 症状（　　）		発熱等の該当症状　※下記①～⑧を参照 症状（　　）
	その他　※　該当項目に○又は記入してください。 ワクチン接種のため・ワクチン副反応のため・その他（　　）		

■上記の状態となりましたので、次の通り報告します。

※1　記入できる箇所は全て記入してください。
※2　医療機関を受診した際は、受診を証明できるもの（診療明細書、領収書、調剤説明書等のコピー）を添付してください。

（本人の場合） （同居家族の場合）	発症の初日 欠席事由の発生日	令和　　年　　月　　日（　　）
医療機関を受診した場合 （保健所からの指示があった場合）	受診した医療機関名	
	医療機関受診日	令和　　年　　月　　日（　　）
	医師や保健所等より明確な療養指示があった期間	＊医師等より、明確な指示がなかった場合は記入しない。 令和　年　月　日（　）～ 令和　年　月　日（　）
症状があった最終日		令和　　年　　月　　日（　　）
出席停止期間		令和　年　月　日（　）～ 令和　年　月　日（　）

■出席停止期間について（令和4年4月1日現在）

受診及び指示の状況	出席停止期間
医療機関等を受診し、医師や保健所等より指示があった場合	医師または保健所等の指示のあった期間
医療機関等を受診し、医師や保健所等より指示がなかった場合	発症の初日～症状があった最終日の翌日まで
医療機関を受診しておらず、下記①～⑧のうち1つでも該当する場合 ①発熱　②咳　③のどの痛みやくしゃみ等の風邪症状 ④味やにおいを感じない　⑤強いだるさ　⑥息苦しさ ⑦下痢等の消化器症状（普段とは異なる症状） ⑧頭痛（普段とは異なる症状）	

	発症日	最終日	翌日	登校可
例	15日	16日	17日	18日
	←出席停止期間→			

※出席停止期間は、新型コロナウイルス感染症の流行及び状況によって変更となる場合があります。また、上記以外の出席停止の期間は担任にご相談ください。