

保護者記入

校長	教頭	教務主任	保健主事 養護教諭	学年主任	HR担任

岐阜県立大垣桜高等学校長様

年 月 日

年 組 番 氏名

保護者氏名 (自署)

### 新型コロナウイルス感染症に係る報告書

#### 1 出席停止の理由

○印	理 由
	本人が感染 医療機関を受診した結果を、2に記入して下さい。
	同居家族が感染しており、本人にも発熱等の症状が出て通院した場合 速やかに医療機関を受診の上、2に記入をして下さい。 医療機関への受診が無い場合は「出席停止」にはなりません。 ★症状を記入してください。 ( ) ★検査の結果(いずれかに○) ( 陽性 陰性 検査の必要無し )

#### 2 本人に該当症状があった場合の報告 ※全て記入してください。

1 発症の初日(症状が出た日)	令和 年 月 日 ( )
2 受診した医療機関名	
3 医療機関を受診した日	令和 年 月 日 ( )

#### 3 出席停止期間

陽性の場合 : 発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過するまで(土日を含む)

陰性または未検査の場合 : 同居家族が感染しており、本人も発熱症状があり、通院した日

令和 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 日間) 休日を除く

#### ※注意事項 :

・提出の際に受診を証明できるもの(調剤説明書のコピー等、患者名、日付、薬剤名、医療機関名が記入されたもの)を添付してください。

なお、発症から10日間を経過するまでは、自主的な感染予防(検温等自身による健康状態の確認、マスクの着用、感染リスクの高い場面での配慮等)を徹底してください。

<添付書類 貼付箇所>

\* 受診を証明できるものを、のりで貼り付けて下さい。

(調剤説明書のコピーなど、患者名・日付・薬剤名・医療機関名が記載されたもの)