

新型コロナウイルス感染症に係わる再登校報告書

北杜市立長坂小学校長 殿

年 組 番 氏名

上記の者、下記の理由により加療または自宅療養・待機いたしましたので健康チェック表とともに御報告いたします。

1 出席停止期間

令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

2 出席停止理由 **※該当する()に○をつけること。**

- () 新型コロナウイルス感染症罹患のため
発症日 令和 年 月 日 ()
- () 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者となったため
濃厚接触者と判定された日 令和 年 月 日 ()
- () 発熱等新型コロナウイルス感染症の疑いがあったため
発症日 令和 年 月 日 () 症状 ()
- () 家族等にコロナウイルス感染症に係わる状況があったため
(①罹患 ②濃厚接触者 ③感染疑い(発熱等)) ← ○をつける
該当者(続柄, 同居の有無等)
発症日または濃厚接触者と判定された日 令和 年 月 日 ()
- () 基礎疾患があるため
主治医 医療機関名 () 診療科 ()
医師名 () 直近の受診日 令和 年 月 日
- () その他 (理由を具体的に記入)

3 受診医療機関 (あり・なし)

医療機関名 () 受診日 令和 年 月 日

4 受けた検査等について **※該当するものに○をつけること。**

- 受けた人 ()
受けた検査 (PCR 検査・抗原検査・抗体検査・インフルエンザ その他 ())
検査日 令和 年 月 日 結果 (+・-) 検査医療機関名 ()
- 受けた人 ()
受けた検査 (PCR 検査 抗原検査 抗体検査 インフルエンザ その他 ())
検査日 令和 年 月 日 結果 (+・-) 検査医療機関名 ()
- 受けた人 ()
受けた検査 (PCR 検査 抗原検査 抗体検査 インフルエンザ その他 ())
検査日 令和 年 月 日 結果 (+・-) 検査医療機関名 ()

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

健康チェック表

⑤

年 組 名前

毎日の体温を記録し、体調については該当する症状がある場合は○、ない場合は×をつけてください。

保護者は、体調の確認をし、確認欄にチェックをしてください。

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
曜日														
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体調	咳・たん													
	全身倦怠感													
	呼吸困難感													
	味覚・臭覚異常													
	喉の痛み													
	鼻水・鼻づまり													
	頭痛													
	嘔気・嘔吐													
	下痢													
	食欲がない													
	半日で1度も尿が出ていない													
	その他													
確認欄														
連絡事項														