

新型コロナウイルス感染症に関する出席停止届（**身体症状出現時**・濃厚接触時）

M ・ **H** 1年 Fクラス 10番 生徒氏名 **賢明 花子**

自宅療養期間 2020年 5月 27日 ～ 2020年 5月 29日 3日間

【身体症状出現時】

症状出現日 2020年 5月 27日

主な症状；当てはまるものに全て○印 または 内容を記入してください。

| | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------|--------------|--|
| 発熱（ 37.6℃ 2日間） | <input checked="" type="radio"/> | 倦怠感（強い体のだるさ） | |
| 咳 | | 咽頭痛（のどの痛み） | |
| 鼻症状（鼻水、鼻閉） | | 息苦しさ | |
| 腹痛・下痢 | <input checked="" type="radio"/> | 嘔吐・吐き気 | |
| 保護者判断による登校見合わせ 持病（ ）のため その他（ ）のため | | | |

* 下記の健康観察記録（症状経過記録）もご記入ください。

* この期間は欠席扱いになりません。しっかりと治してから登校してください。

ただし、持病の花粉症、アレルギー性鼻炎である場合は、出席停止の対象になりません。

【健康観察記録】

健康観察（出席停止）がこれ以上必要な場合は、本紙をコピーして使用してください。

| 月 日 | 5/26 | 5/27 | 5/28 | 5/29 | / | / | / |
|--------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-------|-------|-------|
| 体温（℃） | 36.2℃ | 37.6℃ | 37.2℃ | 36.5℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| 解熱剤の服用 | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 咽頭痛 | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 咳 | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 倦怠感 | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 息苦しさ | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・ <input checked="" type="radio"/> なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| その他 | | 下痢と腹痛あり。 | | | | | |

* 発熱や症状が強い場合、症状が続く場合は「帰国者・接触者相談センター（保健所）へ相談してください。


【濃厚接触時】 ⇒ 身体症状のみで、濃厚接触がない場合はこちらの欄の記載は必要ありません。

| | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 状況 | 同居家族が感染した場合 (同居家族の続柄) | 同居家族以外で濃厚接触となった場合 (濃厚接触となった場所・機会) |
| 濃厚接触の詳細 | | |
| 最終接触日 | 年 月 日 () | |
| 帰国者・接触者相談センター（保健所）の指示 | | |

* 「濃厚接触者」とは、新型コロナウイルス感染症者と同居あるいは長時間の接触があった場合を対象とします。（「帰国者・接触者相談センター 保健所の指示にしたがってください。）

* 上記の健康観察記録もご記入ください。

上記の通り、健康状態を観察し、自宅療養しました。

2020年 5月 30日 保護者氏名 **賢明 太郎**  印