

令和 年 月 日

保護者 様

県立十日町高等学校長

新型コロナウイルス感染症にかかわる出席停止について(通知)

申し出のありましたお子さんの疾病は、「学校保健安全法」に基づき他の生徒に感染のおそれがある期間は、出席停止となります。保護者の方が、保健所関係機関や医療機関と相談の上、適切な措置をとられますようお願いいたします。なお、登校の際は、下記の「出席停止報告書」を保護者の方が記入の上、学校に提出してください。

記

出席停止報告書

県立十日町高等学校長 様

年 組 番 生徒氏名

保護者氏名

印

*あてはまるものに○を付け、必要事項を記入してください

1 状況について

()新型コロナウイルス感染症と診断を受けた(診断日 月 日)

*陽性の場合、登校する際に別紙「療養解除届」の提出が必要になります。

()濃厚接触者(疑い)となった

PCR・抗原検査を受けた(検査日 月 日・結果 陽性 ・ 陰性) PCR検査未実施

()PCR・抗原検査を受け、結果は陰性(-)であった(検査日 月 日)

()同居している家族がPCR・抗原検査を受けた(検査日 月 日・結果 陽性 ・ 陰性)

()発熱等の風邪症状があった(症状が出はじめた時期 月 日 ~ 月 日まで)

発熱(体温 ℃) 咳 のどの痛み 味覚、嗅覚の違和感

強いだるさ、倦怠感 息苦しさ、呼吸困難感 頭痛 腹痛

鼻水 その他の症状()

2 医療機関等への相談や受診の有無について

()相談・受診した(相談・受診日 月 日)

保健所

帰国者・接触者相談センター

医療機関等 医療機関名

()相談や受診はしていない

3 その他 *学校への連絡、相談先や受診先で指示を受けた場合は、その内容を記入してください。