

新型コロナウイルス感染症による出席停止措置願(保護者記入)

※この報告書提出の際には、新型コロナウイルス感染症による受診がわかる内容が明記された医療機関・調剤薬局等発行書類(領収書・明細書・検査結果・処方箋が記載されたもののうちいずれか)のコピーを裏面に添付し、担任へご提出ください。

愛知産業大学三河高等学校長 殿

提出日 令和 年 月 日

科 年 組 番 氏名 _____

保護者氏名 _____

・診 断 日 令和 年 月 日

・受診医療機関名 _____

・診 断 名 _____

・体温測定 (発熱期間が長く記録できない場合は、別の記録用紙を添付するなどしてください)

	体温測定 月 日	測定時間:体温		測定時間:体温	
出 席 停 止 期 間	発症日	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	
	1日目	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	
	2日目	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	
	3日目	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	
	4日目	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	
	5日目	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	
	6日目	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	
	7日目	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	
	8日目	月 日()	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度	

○出席停止期間 発症した後五日を経過し、かつ、症状が軽快した後一日を経過するまで

学校使用欄

校 長	教 頭	教 頭	教務科長	学年主任	学級担任	保健室