

保健部	教務	学年主任	担任

出席停止期間届(同居家族用)

【新型コロナウイルス感染症(疑い)】

同居の家族に発熱等の風邪症状があるため、下記のとおり届けます。

令和 年 月 日

県立尼崎西高等学校長 様

第 学年 組 番

生徒名 _____

保護者名 _____ (印)

記

*保護者の方がご記入の上、担任へご提出ください。

生徒との続柄(_____)

医療機関等で記入していただく必要はありません。

名前(_____)

症状があるため医療機関等に相談し、 指示を受け欠席した期間	月 日()から 月 日()までの 日間									
該当する項目に○印をつけてください。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 発熱などの風邪症状がある。 <input type="checkbox"/> 強いだるさ、倦怠感がある。 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚に異常がある。 <input type="checkbox"/> その他(_____)									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">相談</td> <td style="width: 25%;">相談した日</td> <td>令和 年 月 日()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>医療機関等</td> <td>帰国者, 接触者センター・医療機関等(_____)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>指示内容</td> <td>自宅療養・医療機関受診・PCR検査・その他(_____)</td> </tr> </table>	相談	相談した日	令和 年 月 日()		医療機関等	帰国者, 接触者センター・医療機関等(_____)		指示内容	自宅療養・医療機関受診・PCR検査・その他(_____)	
相談	相談した日	令和 年 月 日()								
	医療機関等	帰国者, 接触者センター・医療機関等(_____)								
	指示内容	自宅療養・医療機関受診・PCR検査・その他(_____)								

*医療機関を受診した場合は、下記についてもご記入ください。

受診	受診した日	令和 年 月 日()		
	医療機関名			
	診断名	新型コロナウイルス感染症(疑い)・その他(_____)		
	指示内容	自宅療養・医療機関受診・PCR検査実施・その他(_____)		
PCR検査	検査した日	令和 年 月 日()	結果	陰性・陽性
	検査実施機関名			