

保健部	教務	学年主任	担任

## 出席停止期間届 【新型コロナウイルス感染症(疑い)】

新型コロナウイルス感染症(疑い)で医療機関等の指示により、欠席していましたので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

\*登校する際には、保護者の方がご記入の上、担任へご提出ください。  
医療機関等で記入していただく必要はありません。

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)		( ) 発熱などの風邪症状がある。 ( ) 強いだるさ、倦怠感がある。 ( ) 味覚・嗅覚に異常がある。 ( ) 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、下記についても記入していただき、診療の領収書等(生徒名・診療年月日など受診したことがわかるもの)のコピーと一緒に提出してください。

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			

※本書は療養後に提出願います。