

兵庫県立明石城西高等学校長様

## 新型コロナウイルス感染症に関連した欠席報告書

学年 組 番 生徒名

保護者名

印

欠席期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
主たる理由  <input type="checkbox"/> にチェック 詳細を記入	<input type="checkbox"/> 発熱 (                      °C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 強い倦怠感 <input type="checkbox"/> その他 (                      )					
症状のあらわれた日 または接触があった日	令和 年 月 日					
医療機関受診  <input type="checkbox"/> にチェック 詳細を記入	<input type="checkbox"/> なし→欠席 <input type="checkbox"/> あり→出席停止 <b>【医療機関名】</b> <b>【受診日】</b> 令和 年 月 日 <b>【受診結果と医師からの指示】</b> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>					
発熱・症状の経過  体温・症状及び解熱剤 の服用状況などを記入	月日	/	/	/	/	/
	体温	°C	°C	°C	°C	°C
	解熱剤の服用	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	倦怠感	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	味覚・嗅覚の異常	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	その他					
症状回復日時	令和 年 月 日 時頃より					

\*発熱が続く、強い倦怠感や息苦しさがある場合は、「帰国者・接触者相談センター」へ電話相談してください。

\*保護者をご記入ください。

\*医療機関を受診した場合は、裏面に次のいずれかを貼付してください。医師による証明は不要です。

- ・薬剤情報用紙または薬袋の写し
- ・診療費領収書の写し
- ・診療明細書の写し

薬剤情報用紙または薬袋の写し・診療費領収書の写し・診療明細書の写しいずれかを添付