

昭和学院中学校・高等学校長様

感染拡大防止のための自宅待機届 ㊿

昭和学院中学校・高等学校 _____ 年 _____ 組 氏名 _____

《健康観察表》 *本人に発熱などがない場合も下記1)の期間中の体温などをご記入ください。

日付	例)10/1	/	/	/	/	/	/	/
体温	37.5℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	頭痛・咳							
日付	/	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状								

*該当する項目にのみご記入ください。(出席停止扱いになります。)

1	期 間 (必ず記入)	年 月 日 ~ 年 月 日まで
2	理 由 (必ず記入)	<input type="checkbox"/> PCR 検査のため 判定日… 月 日 ①実施者 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) ②結果 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> 濃厚接触者、または陽性者との接触の可能性があるため ①陽性者との関係 () ②陽性者との最終接触日 (月 日) <input type="checkbox"/> 発熱などの風邪症状のため <input type="checkbox"/> その他 ()
3	受診日	年 月 日
4	医師または保健所名	医療機関名 () 電話番号 () 保健所名 () 電話番号 ()
5	医師または保健所 からの指示事項	
6	添付書類 (裏面添付可)	<input type="checkbox"/> 診療明細書コピー <input type="checkbox"/> 調剤明細書コピー <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー

上記のとおり報告いたします。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 保護者氏名 _____ 印