

## 新型コロナウイルス感染症における療養報告書

中学 / 高校 年 組 番

生徒氏名

(保護者が必ず記入してください。□にはレを記入してください。)

発症日	令和 年 月 日 時頃 症状：□熱 °C □咳 □咽頭痛 □鼻水 □倦怠感 □嗅覚・味覚異常 □その他( )
初診日	令和 年 月 日 医療機関名：
PCR検査 陰性となった日	令和 年 月 日
自宅療養期間	令和 年 月 日 ~ 月 日
入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (令和 年 月 日 ~ 月 日)
その他の参考となる事項 (感染経路、医療機関・保健所 からの指示等)	

※ この用紙と健康チェック表を持参して登校してください。

上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

※学校記入欄

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日