

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 (症状が最初に出た日にち)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 症状：□熱 _____ °C □頭痛 □咳 □咽頭痛 □鼻水 □倦怠感 □嗅覚・味覚異常 □その他(_____)
陽性と判定された(した)日 (医療機関or抗原検査実施日)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (受診した場合)医療機関名： 《 _____ 》
自宅療養期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
その他の参考となる事項 (医療機関・保健所からの指示等)	

※ 用紙は担任に提出してください。

上記の通り相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ (印)