

新型コロナウイルス感染による出席停止届

天理小学校

()年()組 児童名 ()

保護者氏名()

お子さまが罹患した感染症と期間について、医師の診察後、保護者の方がお書きください。

1. 診断日と医療機関名

令和()年()月()日 医療機関名()

2. 健康観察表

 体温と健康状態をご記入ください。(○…ある △…少しある ×…ない)

	体温			喉の痛み	咳	倦怠感	味覚障害	嗅覚障害	その他
	朝	昼	夕						
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									

3. 登校停止期間

新型コロナウイルス罹患時は「発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過するまで」登校停止となります。

自 令和 年 月 日 ～ 至 年 月 日