

新型コロナウイルス感染症自宅休養(待機)報告書

学校名	四街道市立みそら小学校
学年・組・氏名	年 組 氏名

※滞在地域名	
※入国日	年 月 日

※該当する場合には記入してください。

自宅休養(待機)事由に○をしてください。

	・ 児童生徒に発熱や風邪の症状がある場合(ワクチンの副反応含む)
	・ 同居する家族に発熱や風邪の症状がある場合(ワクチンの副反応含む)
	・ 児童生徒が、濃厚接触者に特定された場合
	・ 児童生徒と同居するご家庭が、濃厚接触者に特定された場合
	・ その他、校長が認めた場合(下記に詳細を記入ください)

医療機関受診	無 ・ 有
	有の場合 医療機関名 受診日 結果
保健所の関わり	無 ・ 有
	有の場合 指示 結果

自宅休養(待機)期間の状況

発熱	無・有(最高 . °C) 解熱 月 日
呼吸器症状	無・有()
自宅(休養)待機期間	年 月 日から 年 月 日

上記について報告し、 月 日から出席いたします。

年 月 日 保護者氏名

(印)

※自書の場合は押印不要