

## 新型コロナウイルス感染症自宅休養(待機)報告書

|         |             |
|---------|-------------|
| 学校名     | 四街道市立千代田中学校 |
| 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      |
|  | ・ 児童生徒が新型コロナウイルス感染症と診断された場合        |
|  | ・ 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<br>有の場合<br>医療機関名<br>受診日 月 日<br>検査 月 日検査 (検査無 ・ 抗原検査 ・ PCR 検査)<br>判定日 月 日 結果：<br>診断名 |
| 保健所の関わり | 無 ・ 有<br>有の場合<br>指示<br>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 日から出席します。

年 月 日 保護者氏名

(印)

※自書の場合は押印不要