

学校保健安全法第 19 条に基づく措置により、以下の場合は出席停止扱いとします。下記報告書を保護者が記入し、再登校の際に担任に提出してください。

### 新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）に関する報告書

生徒氏名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番 氏名 \_\_\_\_\_

#### 1. 出席停止となる事由（該当する番号に○を記入してください）

	状 況	期 間
1	新型コロナウイルス感染症に感染した場合	治癒するまで ※保健所等の医療機関の指示による
2	新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者に特定された場合	感染者と最後に濃厚接触をした日から換算して2週間
3	強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)、発熱、体調不良などの風邪症状が続く場合	回復するまで ※かかりつけの医療機関に相談する
4	同居家族が感染疑いで生徒が濃厚接触者疑いの場合	同居家族の感染疑いがなくなるまで
5	同居家族に濃厚接触者がいる場合	同居家族の濃厚接触者対象期間が終わるまで
6	海外からの帰国者の場合	帰国後2週間
7	生徒の同居家族が風邪など体調不良の症状があり、保護者からの欠席の申し出があった場合	同居家族の体調が改善されるまで 保護者が登校できると判断するまで
8	新型コロナワクチンの接種を受ける場合	接種日当日（事前に日時接種会場を報告ください）
	接種後副反応と思われる症状が出た場合	発熱等の副反応症状がおさまるまで

#### 2. 出席停止期間

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

#### 3. 医療機関に受診した場合に記入

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師による指示

( \_\_\_\_\_ )

以上の通りです。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)