

(保護者記入)

新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）に係る連絡票

年次 組 番 生徒氏名

1 登校できない事由（○をつけてください）

- 医療機関において新型コロナウイルスに感染していると診断された。
- 新型コロナウイルス感染患者と接触があり、保健所等に医療機関の受診や自宅等での待機を求められた。
- 息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状のいずれかがあ
る。
- 発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状が続いている。（解熱剤を飲み続けなけれ
ばならない場合も含む）。
- 上記にはあたらないが、発熱等の風邪症状が見られる。

2 登校できない期間

令和2年（ ）月（ ）日（ ）～（ ）月（ ）日（ ）

3 受診した場合の医療機関 *受診は必須ではありません。

医療機関名

住所

受診日 令和2年 月 日

医師の指示内容

4 欠席期間中の様子（発熱等の経過）

上記の通り、連絡します。

令和 年 月 日

保護者氏名

印
