

(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）

- 新型コロナウイルスの感染が判明した
- 新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者に特定された
- 発熱等の風邪の症状がみられる
- 医療的ケアを必要としたり、基礎疾患等があり、主治医や学校医に登校を控えるべきと判断された

2 登校できない期間

令和 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 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
