

新型コロナウイルス感染症（疑い含む）についての出席停止連絡票

【保護者が記入してください】

科 年 組 番 氏名

1. 出席停止となる事由（をつけてください）

- 新型コロナウイルス感染症患者と接触があり、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
- 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある
- 風邪の症状や37.5℃以上の発熱がある
- その他（ ）

2. 出席停止期間

令和 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）

3. 受診した場合にかかった医療機関 *受診は必須ではありません

医療機関名 住所

医師による指示

4. 出席停止期間中の様子（発熱等、日時も含めて経過を記入してください）

令和 年 月 日

上記について連絡します。

保護者氏名

