

昭和学院小学校長 様

新型コロナウイルス様症状に関わる出席停止届

年 組 番 児童氏名

1 経過 年 月 日 ～ 年 月 日まで欠席

2 医療機関名 () ※受診した場合に記入

症状がでた日	月	日	(体温	℃その他)
1日目	月	日	(体温	℃その他)
2日目	月	日	(体温	℃その他)
3日目	月	日	(体温	℃その他)
4日目	月	日	(体温	℃その他)
5日目	月	日	(体温	℃その他)

* 発熱やかぜ症状がでてから3日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過
するまで出席停止とします。下記の項目を確認しチェックをいれてください。

*欠席の際には、学校に電話連絡をし、体温・症状を伝えてください。

*病院を受診された方は、受診先をご記入ください。

発症日を0とし、翌日から3日経過している。

解熱後2日を経過している。

登校して活動できる状態に症状が回復している。

(咳がひどくないか、食欲はあるか、味覚・嗅覚に問題はないか等)

上記のとおり報告いたします。

年 月 日

保護者名 _____ 印 _____