

新型コロナウイルス感染に係る連絡票

令和 年 月 日

年 組 番 名前

保護者名

新型コロナウイルス感染症に罹患し、医師の指示にて自宅療養しておりました。症状がなくなり治癒しましたので登校を再開いたします。

どちらかに○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感染症に感染していると診断された
	検査キットで新型コロナウイルス感染症に感染していることと確認された

1. 新型コロナウイルス感染症(疑いを含む)と診断された医療機関

受診年月日	令和 年 月 日
医療機関名	
住所・電話番号	TEL () - -

2. 新型コロナウイルス感染症に罹患し療養していた期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

3. その他連絡事項

--

【注意事項】

* 医師により診断を受けた場合は、出席停止です。

* 出席停止期間は、発症後5日を経過、かつ症状が軽快した後1日を経過となっています。

発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目~ 登校可能
/	/	/	/	/	/	/ ~

症状軽快	1日目	2日目~ 登校可能
/	/	/ ~

* 再登校後で結構ですので、必要事項を記入の上、担任まで提出ください。

* 考査期間中に罹患した場合のみ、新型コロナウイルス感染症に罹患したとわかる書類(検査結果、処方薬の説明書など)のコピーを添付してください。