

◇再登校の際に担任へ提出してください

**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）

- 発熱や咳等の風邪の症状がみられる  
症状（ ）
- 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある
- 新型コロナウイルス感染症患者と接触があり、保健所から濃厚接触者と特定された
- 新型コロナウイルス感染症に係る濃厚接触者とは認められないが、保健所の健康観察の対象となった
- 基礎疾患等があるため主治医や学校医に相談し、登校を控えるべきと判断された
- 本人や保護者からの申し出があり、必要であると判断された
- 医療機関等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

2. 出席停止期間

令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）

3. 受診した場合の医療機関

**注意：4日以上、発熱等の風邪の症状が続き、出席停止の措置をとる場合はかかりつけ医にご相談の上、病院を受診してください。**

医療機関名 住所

医師による診断名・指示

4. 出席停止期間中の様子（初めて症状が出た日からの経過、体温や症状、受診の状況等）

上記について連絡します。 保護者氏名（自署）