

新型コロナウイルス感染症等に係る出席停止措置願

令和 年 月 日

和歌山県立有田中央高等学校長 様

下記のとおり、出席停止措置をとっていただきますようお願いいたします。

年 組 番 氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

1 欠席の期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

2 欠席の理由 ※該当するものすべてに○印を付け、必要事項を記入してください。

○印	理 由	詳細 (必ず記入すること)
	新型コロナウイルス感染症にり患した	陽性判明日: 月 日 () 退 院 日: 月 日 () 自宅待機指示: 月 日 () まで
	濃厚接触者と判断された	感染者の続柄: _____ 最終接触日: 月 日 () 自宅待機指示: 月 日 () まで
	PCR検査を受けた	検体採取日: 月 日 () 結果判明日: 月 日 ()
	発熱等風邪の症状があった	発 症 日: 月 日 () 体温: _____℃ 《症状》※該当項目に○印を付けてください。 倦怠感(だるさ)、息苦しさ、咳、咽頭痛、頭痛、腹痛、 下痢、嘔吐、味覚・嗅覚異常、その他()
	新型コロナウイルスワクチン接種に関して	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン接種 接種日: 月 日 () () 回目接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン接種後の体調不良
	その他 (同居家族の体調不良 など)	<input type="checkbox"/> 同居家族の体調不良(本人との続柄:) <input type="checkbox"/> (その他の理由)

※ 新型コロナウイルス感染症の疑いや学校感染症ではないと診断された場合、出席停止は解除されます。

3 上記に関連して医療機関等を受診した場合 (受診相談窓口にも含む)

受診医療機関名	
医療機関受診日	令和 年 月 日 ()
医師の指示事項	※具体的に記載してください。

校長	教頭	教務	保健	担任