上宮太子高等学校 学校長 殿

新型コロナウイルス感染症（インフルエンザ等）に係る出席停止届

年　組　番　名前

【理由】※該当する１～6の□に✓をつけて、必要事項の記入の上、封入してご提出ください。

□ **1. 新型コロナウイルスに感染したため、医療機関や保健所等の指示により療養しました。**

・ 発症日（　　月　　日 ）　時間（　　：　　頃）
・ 主な症状［□発熱(　　・　℃)□咽頭痛　□咳　□頭痛　□倦怠感　□その他　　］
・ PCR 検査/その他検査（　　）を受けた日（　　月　　日）陽性が判明した日（　　月　　日）
・ 受診･指示を受けた医療機関名又は保健所名（　　）

□ **2. 濃厚接触者（その可能性）となったため、医療機関や保健所等の指示により自宅待機しました。**

・ 濃厚接触者に特定された人（本人・本人以外［その関係　　］）
・ 指示を受けた医療機関名・保健所名（　　）
・ PCR 検査/その他検査（　　）を受けた日（　　月　　日）結果が判明した日（　　月　　日）

□ **3. 上記の 1.2 には該当しないが、PCR 検査等を受けました。(検査受診目的　　)**

・ 検査（PCR・抗原検査/血液検査/その他　　検査）を受けた日（　　月　　日）
・ 結果（ 陽性 / 陰性 ＿＿＿＿＿＿＿＿）→ 結果が判明した日（　　月　　日）
・ PCR 検査等を受けた医療機関名･保健所名（　　）
・ 主な症状［□発熱(　　・　℃）□咽頭痛　□咳　□頭痛　□倦怠感　□その他　　］
・ 症状があった期間（　月　日　～　月　日）

□ **4. 新型コロナウイルスのワクチンの接種日でした。**

・ ワクチンを接種した日（　　月　　日）→　（　　）回目のワクチン接種
・ ワクチンを接種した医療機関名･会場名（　　）
・ 遅刻 / 欠席 / 早退 しました。※いずれかに〇をつけてください。

□ **5. 新型コロナウイルスのワクチンの接種による、副反応を疑う症状が見られました。**

・ ワクチンを接種した日（　　月　　日）→　（　　）回目のワクチン接種
・ ワクチンを接種した医療機関名・会場名　（　　）
・ 主な症状［□発熱(　　・　℃）　□頭痛　□倦怠感　□関節痛　□腕の痛み　□その他　　］
・ 遅刻 / 欠席 / 早退 しました。※いずれかに〇をつけてください。

□ **6.その他、学校にお伝えしたい事柄がございましたら、ご記入ください。**

・（　　）

※公的機関の書類はあえて発行していただく必要はございませんが、お手元にある場合は(「療養証明書」「就業制限解除通知書」「PCR 検査等結果」「ワクチン接種券」等)、任意で裏面にコピーを貼付してくださいますようご協力お願いします。

【期間】令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで

感染症の予防上支障がないと思われますので、　　月　　日より登校します。

令和　　年　　月　　日

※必ず、保護者が記入押印して提出してください。

保護者名　　㊞

※証明書等コピー貼付欄