

※FAXにて学校にお知らせください。FAXがご利用できない場合は、この用紙をお手元にご用意の上、お電話ください。

連絡日	2020年 月 日 ()	学校記入欄
連絡者	保護者(続柄) ・ 生徒本人 ・ その他(続柄) 折り返し学校から連絡可能な連絡先(携帯電話など — —)	
生徒氏名	年 組 番 氏名	女 ・ 男

下記の(1)～(5)のいずれかの□に✓をご記入ください。

またそれぞれの質問にも必要に応じて✓を付け、さらに記述回答をお願いします。

<input type="checkbox"/> (1) 生徒に以下の症状があり、帰国者・接触者相談センターに相談した(月 日)。 <input type="checkbox"/> 風邪の症状や、風邪の症状や37.5度以上の発熱が4日以上続いている。 * 解熱剤を飲み続けなければならないときを含む。 * 基礎疾患などがある場合は、上記の状態が2日以上続いた。 <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感)や、息苦しさ(呼吸困難)がある。
<input type="checkbox"/> (2) 生徒に感染の疑い(疑似症)があり、検査を受けるよう医師等から指示された(月 日)。 現在の症状を具体的に記入してください。 ()
<input type="checkbox"/> (3) 家族などが感染し、生徒や同居している家族が濃厚接触者として、検査や経過観察が必要であると医師等から指示された(月 日)。 * 感染者との続柄() () () () <input type="checkbox"/> 生徒に症状なし <input type="checkbox"/> 生徒に症状あり 現在の症状を具体的に記入してください。 () <input type="checkbox"/> 家庭などでの経過観察期間(月 日～ 月 日)
<input type="checkbox"/> (4) 生徒が帰国者・接触者外来などを受診した(月 日)。 <input type="checkbox"/> ウィルス検査を受けた(陽性 / 陰性)。 <input type="checkbox"/> 受けていない。
<input type="checkbox"/> (5) 生徒が検査などにより「新型コロナウイルス感染症」と診断された(月 日 診断)。 <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状あり 現在の症状を具体的に記入してください。 () <input type="checkbox"/> 家庭などでの経過観察期間(月 日～ 月 日) * 入院待機期間を含めてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 入院期間(月 日～ 月 日) 医療機関名()

学校 FAX: 075-781-7254

TEL 【平日 9:00～17:00】 校務センター 075-781-7253 【左記以外は門衛よりご案内する専用回線へ】