

休養報告書

(新型コロナウイルス感染症等による)

年 組 番 氏名	保護者名	印
休養期間	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日

1. 感染を疑う症状と経過

【体温の経過】

月/日	/	/	/	/
朝	℃	℃	℃	℃
昼	℃	℃	℃	℃
夜	℃	℃	℃	℃

【状況および症状】 該当するところに○をつけて下さい。

- ・濃厚接触者に特定された
- ・発熱等の風邪症状があった
(症状:)
- ・強い倦怠感や息苦しさがあった
- ・その他感染を疑う症状があった
(症状:)

【医療機関の受診】

- 受診なし
- 受診あり → ①～③を記入
 - ① 医療機関名:
 - ② 受診日: 令和 年 月 日
 - ③ 受診(検査)結果と医師からの指示

--

2. 基礎疾患等がある場合 : 主治医の見解・指示を記入

--

3. その他追加報告事項等

--

※感染が確定した場合は、治癒するまで出席停止です。その際は、医師による治癒証明書をあわせて提出してください。