新型コロナウイルス感染症等出席停止届

東大谷高等学校

年　　組　　番　名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発症日・接種日等　　年　　月　　日

休みの期間　　年　　月　　日より　　年　　月　　日まで　　日間

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

※①～⑧のうちで該当する番号を○で囲んでください。

(1) 学校保健安全法に基づくもの

① 感染が判明したもの

② 感染者の濃厚接触者に特定されたもの

③ 発熱等のかぜ症状がみられるもの

※該当する番号を○で囲んでください。必要箇所を記入してください。

1 発熱（　　．　℃） 2 倦怠感 3 呼吸困難 4 咳 5 咽頭痛 6 頭痛 7 腹痛

8 その他（　　）

④ (レベル２～４の地域において)同居の家族に発熱等のかぜ症状がみられるもの

(2) 校長が出席しなくてよいと認めたもの

⑤ 医療ケア児・基礎疾患児について、登校すべきでないと判断された場合

※医師の意見書等を添付してください。(不明な場合は学校にご相談ください)

⑥ 感染が不安で休ませたいと相談のあった児童生徒について合理的な理由があると校長が判断する場合

※具体的にご記入ください。なお、期間は原則当該地域に緊急事態宣言が発出されている間です。

(3) ワクチン接種によるもの

⑦ 新型コロナワクチン接種のため

⑧ 新型コロナワクチン接種による副反応のため

※該当する番号を○で囲んでください。必要箇所を記入してください。

1 発熱（　　．　℃） 2 頭痛 3 悪寒 4 吐き気・嘔吐 5 下痢

6 その他（　　）