

新型コロナウイルス感染症関係の出席停止届

東京都立久留米西高等学校長 殿

年 組 番

氏名

新型コロナウイルス感染症防止のため、一人ひとりが感染予防に努めることが重要になっています。引き続き、下記の場合には出席停止措置をとることといたします。(学校安全法第19条に基づく)

以下の出席停止理由がある場合は、登校の際この用紙を必ず担任に提出してください。提出されないと出席停止扱いになりませんのでご注意ください。必要に応じて各御家庭でコピーをしてご使用ください。

① 出席停止理由 (該当の欄全てに○印を記入してください。)

	新型コロナウイルス感染症と診断された。	(年 月 日)
	濃厚接触者に特定された。	(年 月 日)
	同居家族に感染症の症状や発熱があり、新型コロナウイルス感染症の疑いがある。	(発症日 年 月 日)
	同居する家族が濃厚接触者に特定された。	(年 月 日)
	本人に風邪症状や発熱がある。	
	症状はないが、感染予防のために登校を見合わせた。	
	ワクチン接種のため または副反応のため	(接種日 月 日 回目)

② 欠席した期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

出席停止期間中の健康観察を下記の表に記入してください。

月 日	/	/	/	/	/	/	/
朝 (時)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
夜 (時)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
鼻水	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
咽頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
強いだるさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
息苦しさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
嗅覚味覚異常	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

上記の通り、保護者として責任をもって申告いたします。

令和 年 月 日

受診医療機関名・保健所名

保護者氏名

印

【学校記入欄】

担任受領日 令和 年 月 日

① 登校時、HR 担任が確認

担任 印

[担任記入]

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

② 担任 → 原本は教務 (教務で保管) コピーは保健室