新型コロナウイルス感染症による欠席届

提出日：　　年　　月　　日

海城中学高等学校長　殿

中・高　　年　　組　　番　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

下記のとおり、療養し回復したことを報告します。

診　断　名　　新型コロナウイルス感染症

り患　　疑い　　濃厚接触　　その他（　　）

※該当箇所に丸印をつけてください

発　症　日　　年　　月　　日（　　）

欠席した期間　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）まで

り患した場合の療養解除の基準は以下のすべてを満たす状態です。確認し、☑をしてください。

チェック	療　養　解　除　の　基　準
	発症日を「０」とし、翌日から数えて７日を経過している （無症状の場合：検体採取日から７日を経過している）
	解熱後 24 時間を経過している
	登校しても活動できる状態に回復している ・咳がひどくない　・喉が痛くない

濃厚接触の場合の療養解除の基準は以下を満たす状態です。確認し、☑をしてください。

チェック	療　養　解　除　の　基　準
	り患者との最終接触日を「０」とし、翌日から数えて５日を経過している

＊この用紙は、保護者がご記入ください。