

新型コロナウイルス感染症【出席停止確認書】

No. _____

熊本県立第二高等学校

____年 ____組 ____号 氏名 _____

1 新型コロナウイルス感染症に関する「出席停止の基準」に該当する項目に
○をつけてください。

(1) 下記の症状がみられる(複数回答可)

- 風邪の症状(頭痛・鼻水など)がある
- 発熱がある
- 強いたるさ、倦怠感がある
- 息苦しさ、呼吸困難がある
- 味覚・嗅覚障がい等がある

(2) 感染者の濃厚接触者に特定された

(3) 感染が判明した

(4) ワクチン接種のため (1回目 ・ 2回目)

(5) ワクチン接種後の副反応のため

(6) その他(_____)

2 療養期間

____月 ____日() ~ ____月 ____日()

※医療機関を受診された場合は、御記入ください。

医療機関名(_____)

令和 ____年 ____月 ____日

保護者氏名 _____ 印

※本書は、療養後に担任に提出願います。(担任→健康教育室)