

## 特別欠席報告書

中 ・ 高 年 組 番 \_\_\_\_\_

生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

下記の理由により、医師、保健所指示または保護者判断のもと休養・自宅待機いたしました。  
学校生活への心配がないと判断し、本日より登校させます。

欠席期間	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )
主たる理由 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症り患 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症り患者との濃厚接触 <input type="checkbox"/> 同居する家族の PCR 検査 <input type="checkbox"/> 発熱 (            °C) <input type="checkbox"/> 強い倦怠感 <input type="checkbox"/> ワクチン接種および副反応 (接種日            月            日)
症状のあらわれた日 または接触があった日 ※詳細をご記入ください	月 日 ( )
医療機関受診の有無 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医療機関名
検査の有無 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> PCR 検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査 (医療機関) <input type="checkbox"/> 抗原検査 (自宅)
保護者緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話番号
その他連絡事項	

記入日            年            月            日

\*欠席をする前に、必ず学校までご連絡ください

\*発熱や倦怠感等が2日以上継続する場合、必ず受診または検査をして下さい

\*登校再開する際、初日に担任にご提出ください

担任受付日	保健室受付