

保護者様

県立佐渡中等教育学校長

新型コロナウイルス感染症に関わる報告について

学校保健安全法及び文部科学省の通知に従い、お子さんが次の状況になった場合は出席停止となりますので、下の報告書に必要事項をご記入の上、学校（担任）に提出してください。

●出席停止の基準と期間（以下の症状が疑われる場合は直ぐに学校に電話で知らせてください。）

| | |
|-------------------------------------|---|
| (1) 生徒の感染が判明した場合 | …治癒し、保健所や医師の許可が出るまで |
| (2) 生徒が濃厚接触者に特定された場合 | …PCR 検査を受け、保健所や医師の許可が出るまで |
| (3) 同居者が感染者となった場合 | …PCR 検査を受け、保健所や医師の許可が出るまで |
| (4) 発熱等の症状により PCR 検査を受けた場合 | …陰性との検査結果が判明し、保健所や医師の許可が出るまで |
| (5) かぜ症状がみられる場合 (発熱、咳、倦怠感、息苦しさ等) | …症状が消失し、2日経過するまで (※嗅覚・味覚異常や状態が改善しない場合は「帰国者・接触者 相談センター」又はかかりつけ医に相談してください。) |

県立佐渡中等教育学校長 様

新型コロナウイルス感染症に関わる報告書

※医師等への相談や診断を受けてなければ、2以降は記入不要です。

※医師等への相談や診断を受けた結果、感染の疑いが低く、再度受診する必要がないと指示された場合は、再度受診の必要はありません。1～3を記入の上、登校される際にご提出ください。

(保護者・生徒→担任→養護教諭(保管))

令和 年 月 日 年 組 生徒氏名
保護者氏名 印

1 出席停止理由（該当する番号を○で囲んでください。）

- (1) 感染（下記 4 医療機関記入欄への記入または診断書（コピー可）の添付が必要です）
(2) 濃厚接触 (3) 同居者の感染 (4) PCR 検査 (5) 風邪症状

2 医療機関等への相談（1の該当する番号を○で囲み、医療機関名はご記入ください。）

相談日 令和 年 月 日

- (1) 帰国者・接触者相談センター（佐渡地域振興局健康福祉環境部地域保健課）

0259(74)3403(夜間0259(74)3312)

- (2) 医療機関名 _____

3 診断日（受診日） 令和 年 月 日

4 医療機関記入欄 登校してもよいと認められる日 令和 年 月 日

医師所見欄

令和 年 月 日 医療機関名
医師名