

三輪田学園 学校長 殿

_____年____組____番 氏名_____

新型コロナウイルス感染症の罹患のため、療養(自宅待機)をしていましたが、療養期間を終え、感染のおそれ
がなくなったため登校を再開させます。

発症日 令和____年____月____日 曜日
(無症状の場合、検体採取日)

自宅療養期間 令和____年____月____日 曜日まで

再登校日 令和____年____月____日 曜日

1. 診断について

PCR検査を受けた ⇒ 陽性が確認された日 令和____年____月____日

検査を受けた病院名・電話番号 _____ TEL: _____

抗原検査を受けた

市販の抗原検査 検査採取日 令和____年____月____日 陽性が確認された日 令和____年____月____日
病院で受けた 検査採取日 令和____年____月____日 陽性が確認された日 令和____年____月____日

検査を受けた病院名・電話番号 _____ TEL: _____

未検査で医師より診断された ⇒ 症状と家族の感染状況などから その他(_____)

診断を受けた病院名・電話番号 _____ TEL: _____

2. 本人の自宅での健康状態 発症(発熱)した日から再登校当日の経過をご記入下さい(無症状の場合は検査採取日から)

月/日	/	/	/	/	/	/	/
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害
月/日	/	/	/	/	/	/	/
朝の温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳 嗅覚味覚障害

※体温に関しては解熱剤を服用しないで平熱(36度台)になり、24時間を経過していること

令和____年____月____日

保護者名_____印

(自署の場合は押印不要)