

新型コロナウイルス感染症に関わる出席停止報告用紙

(宛先) 新潟県立柏崎総合高等学校長

年 組 番 名前

出席停止期間の様子について（出席停止期間中の体温や症状を記録してください）

月／日	体 温		症 状 （あてはまるものに☑を入れる）
	（平熱：_____℃）		
	朝	夜	
発症日 (0日目) ／	℃	℃	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常 <input type="checkbox"/> その他症状（_____）
1日目 ／	℃	℃	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常 <input type="checkbox"/> その他症状（_____）
2日目 ／	℃	℃	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常 <input type="checkbox"/> その他症状（_____）
3日目 ／	℃	℃	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常 <input type="checkbox"/> その他症状（_____）
4日目 ／	℃	℃	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常 <input type="checkbox"/> その他症状（_____）
5日目 ／	℃	℃	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常 <input type="checkbox"/> その他症状（_____）
6日目 ／	℃	℃	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常 <input type="checkbox"/> その他症状（_____）
7日目 ／	℃	℃	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常 <input type="checkbox"/> その他症状（_____）

（記録欄が足りない場合は、2枚目に記録してください。）

※息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の「強い症状」が1つでも出た場合や、発熱や咳など比較的軽い症状が続く場合（4日以上続く場合は必ず）は「帰国者・接触者相談センター」「保健所」「かかりつけの医者」に相談してください。

○相談や受診をした際には以下をご記入ください。

相談、受診日	月 日	相談先からの指示、 受診結果等
相談、受診先		

上記経過の通り風邪様症状が治まったため、____月 ____日より登校させることといたします。

令和 ____年 ____月 ____日

保護者名

印