

感染症等による公欠席証明書

年 組 番 氏名 _____

保護者名 _____ 印 _____

許可印			
教務	保健室	学年主任	担任

登校しなかった日付、体温、症状を記載してください。

日時	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
主な症状							

< 理由 > 該当する(1)～(6)の□に✓をつけて、必要事項を記入ください。

(1)発熱や咳、鼻水、全身のだるさ、息苦しさなどの風邪症状があった(本人 ・ その他 _____)

- ・ 本人の体温と主な症状を上記の表に記入すること
- ・ ワクチン接種による副反応も含む

(2)新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者となった (該当する□に✓を入れる)

- 濃厚接触者と特定された (本人 ・ その他 _____)
- 医療機関や保健所等の公的機関の指示により自宅待機となった
- PCR検査・抗原検査等を受けた (受けた日 月 日)
- 検査を受けた人 (本人 ・ その他 _____)
- ※本人以外の場合、最終接触日を記載してください(月 日)

※ 濃厚接触者に対して出席停止の措置をとる場合の出席停止の期間の基準は、感染者と最後に濃厚接触をした日の翌日から起算して2週間としますが、あくまでこれは本校の基準ですのでケースによっては変更する場合があります。ご承知ください。

(3)新型コロナウイルスに感染した、PCR検査等で陽性反応がでた

- ・ 医療機関や保健所等の公的機関の指示により自宅待機となった場合
- 検査を受けた日 (月 日)
- (保健所名・医療機関名 連絡先)

(4)医療的ケアが必要であるか、基礎疾患等があるため、医師から自宅待機の指示を受けた

- ・ 病名()
- ・ (医療機関名 連絡先)

(5)感染が心配等の理由により、自宅待機を行った 理由 _____

(6)ワクチン接種のため

(1)(2)(3)は学校保健安全法第19条の規定に基づき、(4)(5)(6)は「非常変災等児童生徒又は保護者の責任に帰すことができない事由で欠席した場合」として、出席停止(公欠席)とする