

様式① 感染が低下した時期の適用

年 月 日
(登校後10日以内に担任へ提出すること)

感染症などによる公欠席証明書

年 組 番 氏名
保護者氏名 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	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
主な症状							

<理由> 該当する□に✓をつけて、必要事項を記入ください。

- (1) ワクチン接種のため 接種した日 (月 日)
・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により、自宅待機となった (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, 医療機関名)
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、その期間の基準は、感染者と最終接触した日から7日間(8日目解除)とします。4日目及び5日目の抗原定性検査キットを用いた検査で陰性を確認した場合は5日目から解除が可能。

- (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)

上記の理由でないものは欠席となります

(2) (3) は学校保健安全法第19条の規定に基づき、(1) (4) (5) 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