

状況確認報告書 (R040209 改訂)

記入日 令和 年 月 日

県立六日町高等学校長 様

年 組 番 氏名

保護者氏名

下記のとおり生徒の状況について報告いたします。

1. 感染（出停）

以下のような症状等があった期間 月 日 () ~ 月 日 () まで

- 発熱（体温 _____ °C） 倦怠感 息苦しさ 咳
 味覚、嗅覚の違和感 その他 (_____)
 症状なし

2. 感染疑い（出停） ※ 医師または保健所の指示による場合

- PCR 検査等受診 (月 日 ())、PCR・抗原、陽性 (1. も記入) ・陰性

3. 濃厚接触者等（出停）

- 保健所の指示を受けた日 (/ ()) ~ / ()、PCR・抗原、陽性 (1. も記入) ・陰性
 保健所以外から指示を受けた日 (/ ()) ~ / ()、PCR・抗原、陽性 (1. も記入) ・陰性
 家族が濃厚接触者 (誰が _____、特定された日 月 日 ()) ~ 自宅待機等 月 日 () まで
(出席停止期間は、特定された日の翌日から自宅待機日または検査で陰性と確認された日まで)

4. 感染疑い（公欠）

- 自発的な PCR 検査等受診 (月 日 ())、PCR・抗原、陽性 (1. も記入) ・陰性
 PCR 検査等受診しない (月 日 ()) ~ 月 日 () 自宅待機
 発熱（体温 _____ °C） 倦怠感 息苦しさ 咳
 味覚、嗅覚の違和感 その他 (_____)
 症状なし
 家族が PCR 検査等
(誰が _____、検査受診日 月 日 ())、PCR・抗原、陰性・陽性
 家族が風邪様症状 (誰が _____、月 日 ()) から、症状 _____)
 その他 (具体的に _____)

5. 医療機関への相談について

- 相談・受診した
※該当するものにチェックまたは記入をお願いします。
 新潟県新型コロナ受診・相談センター (月 日 ())
 保健所 (月 日 ())
 医療機関等 医療機関名 _____

※ 相談先や受診先での指示や、その他の状況について記入してください。

学校記入欄

※ 該当に○印を付ける 出停 ・ 公欠

学校が認める出席停止等期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()