

学校感染症による出席停止証明書（新型コロナウイルス感染症用）

年 組 席 名前

保護者署名（自筆）

記入日 年 月 日

下記の理由のため、保護者判断のもとで学校を欠席いたしました。学校生活への心配がないと判断し、本日より登校いたします。

欠席期間	年 月 日 ~ 年 月 日
欠席理由	<input type="checkbox"/> 発熱等の症状が見られたため
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに感染したため
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者に特定されたため
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン接種のため（ <input type="checkbox"/> 副反応含む）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
医療機関受診の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

* 医療機関を受診した場合は、以下に医師の証明をいただいでください。

主治医様

お忙しいところ申し訳ございませんが、出席停止にかかる証明のご記入をお願いいたします。

上記の生徒は下記の理由のため、 月 日 から 月 日 までの 日間
の出席停止を要するものと認めます。

出席停止理由（ ）

年 月 日

医療機関名

住所

医師名

※以下学校にて確認

① 本日、検温をして登校したか。（はい・いいえ）

→ 体温：（ ）℃

② 咳や倦怠感、息苦しさ、頭痛、味覚/嗅覚障害などの症状はあるか。（はい・いいえ）

③ 同居している家族に発熱や風邪症状等はあるか。（はい・いいえ）

確認教員サイン