愛知県立東海南高等学校長　殿

新型コロナウイルス感染症における療養報告書

年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　診断を受けた医療機関：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　処方薬の有無：　有　・　無　（どちらかを〇で囲んでください）

3　診断名：新型コロナウイルス感染症

4　受診日：令和　　年　　月　　日

5　登校再開日：令和　　年　　月　　日
※登校再開日は下記の出席停止の基準１と２の両方を満たす必要があります。

出席停止期間の基準	
1	発熱等の症状が出た日（発症日）を０日とし、翌日から数えて５日を経過している →　発症日　　：令和　　年　　月　　日
2	症状が軽快した日を０日とし、翌日から数えて１日を経過している →　症状が軽快した日：令和　　年　　月　　日

上記の通り、相違ありません。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※　この用紙を提出する場合は、必ず医療機関の受診が証明できるもの（本人の氏名・日付があるもの）の写しを添付してください。薬が処方された場合は、薬の説明書等の写しも添付してください。

※　ご不明な点がありましたら保健室までお問い合わせください。(0562-34-3811)

（令和５年５月版）