

年 組 名前

「新型コロナウイルス感染症」に感染したので連絡をします。

1 症状が出た日 月 日

2 症状 : ○をしてください。

発熱 (°C) ・ 咳 ・ 頭痛 ・ 鼻水

のどの痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ おう吐

その他 ()

3 受診した医療機関名等 ()

※濃厚接触者のため保健所を通じて検査した場合は「保健所」・「PCR検査センター」と記入してください。

4 検査方法及び検査結果 (検査方法に○をしてください。)

PCR検査・抗原検査 月 日 陽性 ・ 陰性

PCR検査・抗原検査 月 日 陽性 ・ 陰性

PCR検査・抗原検査 月 日 陽性 ・ 陰性

PCR検査・抗原検査 月 日 陽性 ・ 陰性

5 自宅療養期間 月 日 ~ 月 日まで

6 学校に伝えたいことがあればお書きください。