

## 新型コロナウイルス感染症における療養報告書

年 組 番

生徒氏名

(保護者が必ず記入してください。□にはレを記入してください。)

発症日  (症状が最初に出た日にち)	令和 年 月 日  症状：□熱 °C □頭痛 □咳 □咽頭痛  □鼻水 □倦怠感 □嗅覚・味覚異常  □その他 ( )
陽性と判定された(した)日  (医療機関 or 抗原検査実施日)	令和 年 月 日  (受診した場合) 医療機関名
自宅療養期間	令和 年 月 日 ~ 月 日
その他の参考となる事項  (医療機関からの指示等)	

※用紙は担任に提出してください。

上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名

印