

保護者等の皆様へ

県立茅ヶ崎西浜高等学校長

学校感染症と出席停止についてのお知らせ

「学校において予防すべき感染症」に感染した生徒は、重症化させないように治療や休養の時間を確保するためや、学校内での感染拡大を防ぐために「出席停止」となります。医師から診断を受けましたら、すみやかに学校へ連絡いただくとともに、定められた期間を自宅で療養させてください。（各感染症の出席停止期間は、裏面の表を参考にしてください）

新型コロナウイルス感染症への対応として、発熱等の風邪症状、ワクチン副反応の疑いの症状等があり自宅で休養した場合は、医療機関受診の有無は問いません。必ず症状が落ち着いてから登校再開をするようお願いいたします。

登校再開後、下の「学校感染症報告書」に保護者等の方が記入いただき、担任に提出してください。診断書等は不要です。

※消えないボールペンでの
ご記入をお願いいたします。

問合せ先
健康支援グループ 不破・渡邊
電話 0467-85-0008

----- ✂ ----- 切り取ってください ----- ✂ -----

学校感染症報告書

県立茅ヶ崎西浜高等学校長殿

令和 年 月 日

年 組 番 生徒氏名

保護者等署名

出席停止の理由 (☑をつける)	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に罹患 <input type="checkbox"/> <u>みなし陽性</u> で療養（新型コロナウイルス感染症罹患の疑い） <input type="checkbox"/> <u>濃厚接触者</u> と特定され自宅待機（新型コロナウイルス感染症罹患の疑い） <input type="checkbox"/> <u>ワクチン副反応の疑い</u> で休養（新型コロナワクチンのみ・かつ <u>受診なし</u> の場合） <input type="checkbox"/> <u>発熱等の風邪症状、咳・息苦しさ・強いだるさ等</u> があり休養 <input type="checkbox"/> <u>上記以外の感染症</u> に罹患 →【 <u>診断名</u> ： _____】	
出席停止の期間	令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ） ※上の理由で早退した日も含みます	
受診した医療機関名 保健所名		受診した日 令和 年 月 日（ ）