

年 月 日

神奈川県立湘南高等学校長殿

学 校 感 染 症 報 告 書

【ワクチン（新型コロナウイルス）接種後の体調不良による欠席用】

年 組 番 氏名

保護者氏名 (自署)

欠席の期間 (自宅待機・療養した期間)	年 月 日 ~ 年 月 日 ※上記の理由で早退した日も含みます
接種した日	年 月 日 ()
接種を受けた医療機関	
具体的な症状 (○を付けてください)	発熱 (°C) 倦怠感 頭痛 寒気 注射した部位の痛み 筋肉や関節の痛み 下痢 その他 ()

※保護者記入。担任へ御提出ください。

出席停止等

新型コロナワクチン接種に伴う副反応疑いについては、医師の診断の有無にかかわらず、当面の間、保護者の申し出により「校長が出席しなくてもよいと認めた日」(出席停止等)とする

担任の先生は、確認後保健室へ提出してください。