

※必ずボールペンで記入し、復帰後1週間以内に担任に提出すること

年 月 日

中部大学第一高等学校長 殿

第 学年 組 番

生徒氏名

保護者名 印

### 自宅観察届

上記の者は、下記のような症状で新型コロナウイルス感染症の  
自宅療養をしていました。

罹患した恐れ  
陽性判定  
濃厚接触者認定  
ワクチン接種

に伴い、

#### 記

#### 1 症状(毎日検温をして記録すること。症状が続く場合は、医療機関を受診すること。)

		/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃
	夕	℃	℃	℃	℃	℃
咳		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
息切れ		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
痰		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
喉の痛み		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
鼻水		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
筋肉痛		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
頭痛		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
下痢・嘔吐		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
その他風邪症状 *ありの場合は 具体的に記入		あり・なし ( )	あり・なし ( )	あり・なし ( )	あり・なし ( )	あり・なし ( )
ワクチン接種		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
*担任記入欄		欠席 早退・遅刻	欠席 早退・遅刻	欠席 早退・遅刻	欠席 早退・遅刻	欠席 早退・遅刻

#### 2 受診医療機関(医療機関を受診した場合のみ記入すること)

受診医療機関名

受診日

月 日

診断結果

PCR検査(陽性・陰性・未実施) 抗原検査(陽性・陰性・未実施)