

県立小千谷高等学校長 様

状況確認報告書

ご報告のあったお子さんの症状や状況が、「他の生徒に感染する恐れがある」もしくは「あった」と校長が判断した場合、学校保健安全法に基づき出席停止として扱います。ついで、「状況確認報告書」を保護者様が記入、押印し学校に提出してください。なお、保護者様は、保健所関係機関や医療機関と相談の上、適切な措置を取られますようお願いいたします。

年 組 氏名
保護者氏名 印

※該当する箇所の（ ）内に丸を付け、必要事項を記入してください。

1. 症状もしくは状況について

() 次のような症状があった 月 日 () ~ 月 日 () まで

※該当するものにチェック又は記入をお願いします。

- 発熱 (体温 度) 倦怠感 息苦しさ 咳
味覚、臭覚の違和感
その他 (例えば 強い不安など)

- () 同居している家族で、同じような症状があった
() コロナウイルス感染症の濃厚接触者として、保健所から指示・指導があった
() 病院、保健所等からの指示により PCR 検査を受けた

※上記症状及び状況による欠席期間 月 日 () ~ 月 日 ()

2. 医療機関への相談・受診の有無について

() 相談・受診した ※該当するものにチェック又は記入をお願いします。

医療機関等 医療機関名
診断名

帰国者・接触者相談センター 月 日 ()

保健所 月 日 ()

() 相談・受診はしていない

※相談先や受診先で指示を受けた場合は、その内容を記入してください。

学校で切り取ります

保護者 様

県立小千谷高等学校長

下記の期間を出席停止といたします。

年 組 氏名 さん
出席停止期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()