

新型コロナウイルス感染症等出席停止届

学校法人 亀井学園
江戸川めぐみ幼稚園

下記のとおり届け出します。

園児名	_____	組名前	_____
-----	-------	-----	-------

出席停止の期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
---------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

発症日	令和	年	月	日	(症状が現れた日)	(園児もしくは同居家族)
-----	----	---	---	---	-----------	--------------

医療機関名	_____
-------	-------

(医療機関を受診された場合は記入してください。なお、医療機関の証明は必要ありません。)

*** 出席停止の理由に☑をつけてください。**

- 園児本人及び同居家族が新型コロナウイルスに感染した(医師より登園の許可が出るまで)
- 園児本人及び同居家族が濃厚接触者に特定された
(感染者と最後に濃厚接触をした日から起算して2週間)
- 園児本人及び同居家族が濃厚接触者に特定される可能性がある
- 園児本人及び同居家族が発熱などの風邪症状がある
(他の疾病であると診断がなされていない場合、症状が治るまで)

*** どのような症状がでましたか。当てはまるところに☑をつけてください。**

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱(. 度が 日間) | <input type="checkbox"/> 倦怠感(だるさ) | <input type="checkbox"/> 息苦しさ |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 咽頭痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

*** 症状がでた方に☑をつけてください。**

- 園児本人 同居家族()