

保護者 様

愛知県立小坂井高等学校長

## 新型コロナウイルス感染症関連による出席停止について

このことにつきまして、学校保健安全法 19 条の規定により出席停止となります。医師の処置と指示に従い、治癒した後に受診の証明となるもの（医療機関の領収書や薬の説明書等のコピー等）を添えて、下記報告書を保護者の方で記入し、翌月の 10 日までにご提出ください。

記

愛知県立小坂井高等学校長 殿

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

病 名： 新型コロナウイルス感染症

期 間： 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日～ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関名：

\_\_\_\_\_

〈報告書の提出〉 生徒 → 担任 → 保健室

## 【出席停止期間の基準】

発症後 5 日を経過し、かつ、症状が軽快した後 1 日を経過するまで

## 【新型コロナウイルス感染症による出席停止期間の例】

\* 発症後 2 日目に解熱した場合

水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	月曜日	火曜日
発症	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	出席可能
		解熱	1 日目	2 日目		

\* 発症後 5 日目に解熱した場合

水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日
発症	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目		出席可能
					解熱	1 日目	