

栃木県立栃木高等学校長 様

新型コロナウイルス感染症に関する健康観察報告書

生徒氏名	年 組 番	氏名
------	-------	----

療養経過について

欠席期間	月 日 () ~ 月 日 ()	
感染者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> なし・不明	
	<input type="checkbox"/> あり 下の欄を記入	
	濃厚接触の場所	
	感染者との最終接触日	年 月 日 ()
	感染者との関係	
保健所等からの指示事項		
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 受診なし	
	<input type="checkbox"/> 受診あり 医療機関名 _____ 下の欄を記入	
	受診日	年 月 日 ()
	診断名	
	検査結果	PCR 検査： 抗体検査：
	医師または保健所からの指示事項	
ワクチン接種による	<input type="checkbox"/> ワクチン接種、または接種による副反応 下の欄に接種日、副反応があれば症状の経過を記入	
症状の経過	日 時	症 状 (体温、その他症状を具体的に記入してください)
	月 日 時頃	
	月 日 時頃	症状が回復した 体温()

上記の通り、症状回復したため 月 日より登校させることといたします。

令和 年 月 日 保護者名

㊞

新型コロナウイルス感染症に関する健康観察報告書

記入例

学校名：栃木県立栃木高等学校

生徒氏名	○年	○組	○番	氏名	○ ○ ○ ○
------	----	----	----	----	---------

欠席期間	○月 ○日 (○) ~ ○月 ○日 (○)				
感染者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> なし・不明 <input checked="" type="checkbox"/> あり 下の欄を記入				
	濃厚接触の場所	自宅			
	感染者との最終接触日	○年 ○月 ○日 (○)			
	感染者との関係	<u>兄弟</u>			
	保健所等からの指示事項 発熱等の症状が出現する場合は医療機関受診の上検査実施するように。 症状がなければ○月○日まで自宅待機するように。				
医療機関受診	<input type="checkbox"/> 受診なし <input checked="" type="checkbox"/> 受診あり 医療機関名 <u>○○○○○クリニック</u> 下の欄を記入				
	日 時	○年 ○月 ○日 (○)			
	診断名	新型コロナウイルス感染症			
	検査結果	PCR 検査： 陽性 抗体検査：			
	医師または保健所からの指示事項 ○月○日まで自宅待機するように。				
ワクチン接種による	<input type="checkbox"/> ワクチン接種、または接種による副反応 下の欄に接種日、副反応があれば症状の経過を記入				
症状の経過	日 時	症 状 (体温、その他症状を具体的に記入してください)			
	○月 ○日	兄 寒気、咽頭痛			
	○月 ○日	兄 医療機関受診、PCR 検査陽性 自宅隔離			
	○月 ○日	本人 38.2℃ 咳が出現したため、医療機関受診 PCR 検査陽性 ○月○日まで自宅待機			
	○月 ○日	37.7℃ 咽頭痛 咳			
	○月 ○日	36.8℃ 咽頭痛			
	○月 ○日	36.6℃			
	○月 ○日 ○時頃	症状が回復した 体温(36.5℃)			

上記の通り、症状回復したため ○月 ○日より登校させることといたします。

○年 ○月 ○日 保護者名 ○ ○ ○ ○

㊟