

## 自宅待機期間短縮のための健康観察報告書

中学・高校 組 番号 氏名 \_\_\_\_\_

罹患者との接触日 月 日 ( )

濃厚接触となった機会 ( )

|     | 月/日 | 健康観察 |   |               | 備考 |
|-----|-----|------|---|---------------|----|
|     |     | 体温   |   | 鼻水、咳、咽頭痛などの有無 |    |
|     |     | 朝    | 晩 |               |    |
| 0日目 | /   |      |   |               |    |
| 1日目 | /   |      |   |               |    |
| 2日目 | /   |      |   |               |    |
| 3日目 | /   |      |   |               |    |
| 4日目 | /   |      |   |               |    |
| 5日目 | /   |      |   |               |    |

抗原定性検査キット名 \_\_\_\_\_

※検査キットは『体外診断用医薬品』と明記されているものを使用してください。

自宅待機4日目：検査1回目の結果 \_\_\_\_\_

自宅待機5日目：検査2回目の結果 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

保護者名（自筆） \_\_\_\_\_

保健室での確認事項 \_\_\_\_\_

<出席停止期間> 月 日 ( ) 限 ~ 月 日 ( ) 限