

証 明 書

組 氏名： _____

上記患者は、新型コロナウイルスに感染しているものと診断いたします。

臨床診断 (_____)

症状出現日： 月 日

診断日： 年 月 日

医療機関名： _____

※ 学校保健安全法施行規則第19条第2項によると、新型コロナウイルスによる出席停止期間の基準は、「発症した後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」とされています。

※ 発症した日と、解熱した日は含まれません。尚、解熱は37.5度以下となります。

体温測定月日		測定時間：体温（朝）	測定時間：体温（昼）	測定時間：体温（晩）
発症日	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
1日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
2日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
3日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
4日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
5日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
6日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
7日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度
8日目	月 日	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度	時 分： _____ 度

(発熱期間が長く、軽快日が記録できない場合は別の記録用紙を添付するなどしてください。)

上記のとおり出席停止期間を経過しましたので、出席停止措置の中止をお願いいたします。

年 月 日 生徒氏名： _____

保護者氏名： _____ 印