

県立総社高等学校長 殿

健康観察記録表（保護者記入）

下記のとおり、自宅での休養をしましたので、ご報告いたします。
登校再開を許可していただきますよう、よろしく願いいたします。

令和 年 月 日

年 組 番 生徒氏名： _____

保護者署名：

1 「出席停止」の事由に○をつけてください

- ・新型コロナウイルスに感染していると診断を受けた ・保健所から濃厚接触者に特定された
- ・生徒本人に風邪の症状がみられた ・同居の家族に風邪の症状がみられた

2 「出席停止」期間中の健康状態について

朝夕に生徒本人の体温測定を行い、体温の記載と症状の有無に○を付けてください。

※登校再開日にも、朝の体温と症状の有無について、御報告をお願いします。

経過		0 (発症・接触) 日	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目
日付 (曜日)		月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()
登校の状況 (該当に○)		出席・欠席 早退 限～	出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席
体温測定	朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	測定時刻	(時)	(時)	(時)	(時)	(時)	(時)
夕方の体温	夕方の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	測定時刻	(時)	(時)	(時)	(時)	(時)	(時)
呼吸器症状	咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻水・ 鼻づまり	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	喉の痛み	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	強い倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	その他 (詳細を記載)						
同居家族の風邪症状		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有

※4日以上症状が続く場合は、相談センター（保健所等）や主治医への相談をお願いします。

※記録欄が足りない場合には、二枚目に続きを記載してください。

主治医や相談センターへ相談した場合の記載欄（4日以上症状が続く場合には必ず記載してください。）

医療機関名等 _____ 受診日 _____

主治医や相談センター
保健所等からの指導内容等