

出席停止願い

※出席停止願いは登校後、一週間以内に担任まで必ず提出してください。提出しない場合は出席停止と
ならない場合があります。

令和____年____月____日

滋賀県立八日市南高等学校長 様

____年____組____番 生徒氏名_____

1 出席停止を要する理由（概要の欄に☑を記入してください）

- ☐ 医療機関において新型コロナウイルス感染症と診断された。
- ☐ 新型コロナウイルス感染者との接触があり、保健所等に自宅等での待機や医療機関の受診を求められた。
- ☐ 息苦しさ(呼吸困難)や強いだるさ(倦怠感)、高熱などの強い症状がある。
- ☐ 上記にはあたらないが、発熱など風邪の症状がある。
- ☐ 新型コロナウイルスワクチン接種の副反応であるかにかかわらず、接種後、発熱等の風邪の症状がみられる。
- ☐ その他【 _____ 】

2 医療機関を受診した場合

受 診 日：令和____年____月____日 医療機関名：_____

3 出席停止の期間

令和____年____月____日 ～ 令和____年____月____日

保護者氏名_____ 印

保護者直筆の場合は、印は不要です。

健康観察表

	日時	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
朝	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水鼻づまり	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	全身倦怠感	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	その他	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
夜	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水鼻づまり	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	全身倦怠感	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	その他	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()	あり・なし ()
備考							