

新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者における療養報告書

スクール生氏名 _____ (_____ 年)

(保護者が必ず記入してください。)

療養期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
感染者との関係	同居者 (_____) その他 (_____)
感染者との最終接触日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関受診の有無	なし・あり (受診日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
受診医療機関名	
受診結果・検査結果	
その他参考となる事項 (医師・保健所からの指示等)	

○療養期間中の健康観察結果

	1	2	3	4	5	6	7
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状							
	8	9	10	11	12	13	14
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状							

上記の通り相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____

印