

女子聖学院中学校高等学校
学校長 安藤守 殿

保健室	東京都私学部
印	印

コロナ関連証明書

提出日 20 年 月 日

年 組 番 生徒氏名：

保護者氏名： 印

○をつけてください。

理由 : 1.コロナ罹患 ・ 2.濃厚接触者とされた ・ 3.ワクチン接種 ・ 4.コロナ疑いによる受診

欠席した期間： 月 日 () ～ 月 日 ()

遅刻した日 : 月 日 () 1限・2限・3限・4限・5限・6限 から登校

早退した日 : 月 日 () 1限・2限・3限・4限・5限・6限 から早退

1. コロナ罹患の場合 ※医療機関へ受診した証(領収書などのコピー)も一緒に提出

発症日(症状が出た日)	月 日 ()
感染経路	家庭 ・ 不明 ・ その他 ()
PCR検査日(または抗原検査日)	月 日 ()
結果判定日	月 日 ()
指定された療養期間(出席停止期間)	月 日 () ～ 月 日 ()

2. 濃厚接触者の場合 ※医療機関へ受診した証(領収書などのコピー)も一緒に提出

濃厚接触者とされた日	月 日 () ※罹患者との最終接触日
罹患者	家庭 ・ その他 ()
PCR検査日(または抗原検査日)	月 日 () ・ みなし陽性
結果判定日	月 日 () 陽性 ・ 陰性 ・ みなし陽性
指定された待機期間(出席停止期間)	月 日 () ～ 月 日 ()

3. ワクチン接種の場合 ※ワクチン接種での出席停止(公欠)期間は、接種日を含め3日まで。

ワクチン証明書のコピーも一緒に提出。提出されない場合は、出席停止(公欠)にはなりません。

接種日	月 日 ()
副反応	発熱 あり ・ なし その他の症状 ()

4. コロナ疑いによる受診の場合 ※発熱した方の医療機関へ受診した証も一緒に提出

誰が	本人 ・ 同居家族
体調不良を覚えた日	月 日 ()
医療機関を受診した日(PCR検査日)	月 日 ()
解熱した日(出席停止期間)	月 日 ()

- ・この証明書は、保護者が記入・捺印してください。
- ・登校後、教室に行く前には必ず保健室へ提出してください。(提出されない場合は、教室復帰することはできません。)
- ・一緒に、医療機関へ受診した証(領収書などのコピー)が提出された場合は「出席停止(公欠)」といたします。