

# 体 調 管 理 表

年 組 番 生徒氏名： \_\_\_\_\_

**(注意事項)**

- 日付・欠遅早・理由（濃厚接触・コロナ陽性・発熱など主な理由）・体温（朝と夕）・症状について黒ボールペンで記入してください。
- 再登校日から7日以内にこの「体調管理表」を担任へ提出してください。
- 受診等の結果を、必ず学校へ報告してください。

	月	火	水	木	金	土	日
日付	/	/	/	/	/	/	/
欠遅早	欠・遅・早	欠・遅・早	欠・遅・早	欠・遅・早	欠・遅・早		
理由							
体 温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	夕	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他

  

	月	火	水	木	金	土	日
日付	/	/	/	/	/	/	/
出欠	欠・遅・早	欠・遅・早	欠・遅・早	欠・遅・早	欠・遅・早		
理由							
体 温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	夕	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他	咳・喉の痛み 全身倦怠感 その他

愛知県立桃陵高等学校長 殿

上記の記載内容に相違ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名： \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

**(学校記入欄)** 受理： 月 日

1. 生徒の感染が判明した
2. 生徒が感染者の濃厚接触者に特定された
3. 生徒に発熱等の風邪の症状がみられた
4. 同居の家族に発熱等の風邪症状がみられた
5. 新型コロナワクチン接種後に副反応がでた
6. その他

- |  |   |     |
|--|---|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新型コロナウイルス</li> <li>・ インフルエンザ</li> <li>・ 流行性耳下腺炎</li> <li>・ 咽頭結膜炎</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 麻疹</li> <li>・ 風疹</li> <li>・ 水痘</li> <li>・ 百日咳</li> </ul> | その他 |
|--|---|-----|

- 感染症による出席停止 ( ) 日
- 感染症予防による出席停止 ( ) 日
- 上記に該当しない ( ) 日