

三輪田学園 学校長 殿

____年 ____組 ____番 氏名_____

新型コロナウイルス感染症の罹患のため、療養（自宅待機）をしていましたが、療養期間を終え、感染のおそれ
がなくなったため登校を再開させます。

発症日 令和 ____年 ____月 ____日 ____曜日 自宅療養期間 令和 ____年 ____月 ____日 ____曜日まで
(無症状の場合、検体採取日)

再登校日 令和 ____年 ____月 ____日 ____曜日

1. 診断について

PCR検査を受けた ⇒ 陽性が確認された日 令和 ____年 ____月 ____日

検査を受けた病院名・電話番号 _____ TEL: _____

抗原検査を受けた

市販の抗原検査 検査採取日 令和 ____年 ____月 ____日 陽性が確認された日 令和 ____年 ____月 ____日
病院で受けた 検査採取日 令和 ____年 ____月 ____日 陽性が確認された日 令和 ____年 ____月 ____日

検査を受けた病院名・電話番号 _____ TEL: _____

未検査で医師より診断された ⇒ 症状と家族の感染状況などから その他(_____)

診断を受けた病院名・電話番号 _____ TEL: _____

該当する方のみ

2. 無症状で待機期間を7日間から5日間に短縮した場合（無症状で5日目に抗原検査を実施し陰性の場合は6日目から登校可）

①抗原検査について 東京都からの配布キットで 体外診断用医薬品と表示されたキットで その他(_____)

②結果 ____月 ____日 抗原検査キット品名(_____)

製造販売業者名(_____)

3. 本人の自宅での健康状態 発症（発熱）した日からの経過をご記入下さい（無症状の場合は検査採取日から）

月/日	/	/	/	/	/	/
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害
月/日	/	/	/	/	/	/
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害	有・無 頭痛・咽頭痛 倦怠感・咳・鼻水 嗅覚味覚障害

令和 ____年 ____月 ____日

保護者名 _____ 印