

# 体調不良の症状による欠席届

都留文科大学附属小学校長殿

令和 年 月 日届出

年 番 児童氏名 ( )

体調不良の症状が回復しましたので、自宅療養期間中の「健康観察票」(裏面) とともに報告します。

## 1 体調不良の症状 (現れた症状をチェック)

- 発熱       頭痛       腹痛       咳       下痢  
 その他 ( )

## 2 自宅療養期間

\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( ) ~ \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( )

## 3 医療機関の受診について

受 診      有      ・      無

↓  
ありの場合

医療機関名 ( )

受診日      令和 年 月 日 ( )

受診結果

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

日付		/	/	/	/	/	/	/
曜日		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
本人の体調	症状 (チェック)	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱
		<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき
		<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛
		<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢
		<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感
		◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他
家族の体調	異常がある場合記入	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)

日付		/	/	/	/	/	/	/
曜日		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
本人の体調	症状 (チェック)	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱
		<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき
		<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛
		<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢
		<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感
		◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他
家族の体調	異常がある場合記入	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)

[連絡事項・心配なこと]