

## 自宅休養等届

年 組 番 生徒名

### 1 下記に該当する症状に○印を付けてください。

(複数回答可)

- 風邪の症状(頭痛・鼻水・のどの痛みなど)がある。
- 発熱症状がある。
- 強いだるさ、倦怠感がある。
- 息苦しさ、呼吸困難がある。
- 嗅覚、味覚異常がある。
- ワクチン接種後の発熱等の風邪症状。
- ワクチン接種のため
- その他(体調不良)

体調不良の場合、その症状について具体的に記入してください。

(例) 腹痛、下痢、おう吐等

### 2 療養期間

令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

※ 医療機関を受診された場合はご記入ください。

医療機関名 ( )

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

※本書は療養後に担任まで提出願います。