

新型コロナウイルス感染症に関連した報告書

提出日 202 年 月 日

専門学校 東都リハビリテーション学院

理学療法学科	年	学籍番号	学生氏名
医療機関名		電話番号	
保健所名		保健所 / 電話番号	

※医療機関や保健所に学校から連絡させていただく場合があります。

<input type="checkbox"/> ケース 1	新型コロナウイルス感染症に感染し、医療機関または保健所から指示を受けた療養期間を経過し、その後登校許可を受けたが、本校所定「学校における感染症」治療・登校許可証明書の発行ができないとされた場合。
<input type="checkbox"/> ケース 2①	保健所から新型コロナウイルス感染者との濃厚接触者として特定(疑い含む)された場合。かつ、医療機関受診結果、検査対象外となった場合。または感染が否定された場合。
<input type="checkbox"/> ケース 2②	コロナを想起させる発熱や感冒症状が生じ、登校が制限された場合。かつ、自治体から指示を受けられなかった場合。または医療機関から自宅待機を求められた場合。
<input type="checkbox"/> ケース 3①	コロナを想起させる発熱や感冒症状が生じ、登校が制限された場合。かつ、医療機関受診結果、検査対象外となった場合。または感染が否定された場合。
<input type="checkbox"/> ケース 3②	コロナを想起させる発熱や感冒症状が生じ、登校が制限された場合。かつ、自治体から指示を受けられなかった場合。または医療機関から自宅待機を求められた場合。
<input type="checkbox"/> その他	

ケース1、ケース2①、ケース3①②に該当する場合は以下に回答してください。

(1) 自覚症状が出た日	202 年 月 日 () 午前・午後 時頃
(2) 自覚症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (°C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> その他 ()
(3) 医療機関受診日	202 年 月 日 () ・ 受診していない
(4) 検査結果	未実施・実施 (<input type="checkbox"/> PCR検査・ <input type="checkbox"/> 抗原検査) → 結果 (<input type="checkbox"/> 陽性・ <input type="checkbox"/> 陰性)
(5) 受診結果	診断名 () ・ 異常なし・受診していない
(6) 医師からの指示内容	
(7) 保健所からの指示内容	
(8) 上記による登校許可日	202 年 月 日 ()

ケース2①②に該当する場合は以下に回答してください。

(9) 濃厚接触者と特定された日(疑い含む)	202 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 保健所による・ <input type="checkbox"/> 学校による
(10) 感染者との続柄	在校生・教職員・同居家族(続柄) ・その他 ()
(11) 感染者(疑い含む)との最終接触日	202 年 月 日 ()
(12) 上記を0日とし、14日後の日付	202 年 月 日 ()

上記の記載内容は事実と相違ありません。

202 年 月 日

※学校記入欄

学院長	委員会	担任
/	/	/

保護者氏名 _____ 印

電話番号 _____

※学校よりご連絡させていただく場合があります。