

新型コロナウイルス感染症の感染または感染疑いが判明した場合の学校連絡

令和 年 月 日

連絡先電話番号（あとで確実に連絡がとれる電話番号） TEL — —

連絡者氏名 （ ）

①	学年・氏名等	学年（ ）年（ ）歳（男・女） 氏名（ ）
②	症状が出た日	令和 年 月 日 曜日 時ころ
③	受診した 医療機関名と 受診日	医療機関名（ ） 受診日 令和 年 月 日 曜日
④	どんな症状がでているか 熱は？ 咳は？ においの感じ方は？ 味（味覚）の感じ方は？ 体のだるさは？ おなかの具合は？ 体調は？ など	
⑤	これまでの経過 症状発生までの経過 行動履歴 他者との接触の有無 同居者の状況など 人の集まる場所や三密に なる場所へ行ったか いつどこでなにをどうし たか 同居者の具合はどうか など	
⑥	医療機関からの指示など	

二見小 FAX 46-7012 受付日時・確認者 年 月 日 時 分頃
TEL 38-9339 二見小（ ）が確認した

注意 FAXだけでなく、必ず教頭まで連絡してください。