

令和 年 月 日

愛知県立五条高等学校長 殿

健康観察報告書（出席停止措置願い）

年 組 番 氏名

保護者氏名

印

出席停止期間	月 日（ ）曜日から 月 日（ ）曜日	
症 状 ※症状に○をつけてください。	① 発熱（ . ~ . °C）、頭痛、のどの痛み、咳、悪寒、 味覚・嗅覚異常、その他（ ） ② 強いだるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	
症状の経過	※体温は必ず、症状は具体的に記入をしてください。 月 日 時頃から 月 日 時頃より 症状が回復・悪化せず。（ . °C）	
受診の有無	無	有 : 受診日 月 日（ ）曜日 受診結果 : _____ 医師からの指示 : _____

※ 受診をした場合は、書類の裏に証明できる書類（調剤証明書のコピー等）を添付してください。