

# 新型コロナウイルス罹患証明書

天理中学校校長 殿

氏 名 \_\_\_\_\_ 満 \_\_\_\_\_ 歳

天理中学校 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 組

検 査 日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

**保護者の方へ**・・・健康観察をお願いします。体温と健康状態を○△×でご記入ください。  
( ○・・・ある △・・・少しある ×・・・ない )

発症 から 治癒まで	症状	体温℃			咽 頭 痛	咳	倦 怠 感	味 覚 ・ 嗅 覚 障 害	そ の 他
		朝	昼	夕					
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									

上記の者は、発症した翌日を1日目とし5日経過し、かつ症状が軽快(解熱剤を使用せずに解熱し、かつ呼吸器症状が改善傾向にある)した後1日を経過しました。

よって、\_\_月\_\_日より登校させます。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印