聖隷クリストファー大学

様式S-2

聖隷クリストファー大学介護福祉専門学校

|  |
| --- |
| 新型コロナウイルス感染症　経過報告書（本人記入） |
| 所属学部所属学科等  学籍番号　　　　　　　　　　氏　　名  症状が出た日：20　　年　　　月　　　日（発症0日）  診断を受けた日：20　　年　　　月　　　日  受診した医療機関名：  ※「症状が出た日」は、医療機関に確認すること。  　医師からの注意事項等 |
| 【出席停止期間について】  新型コロナウイルス感染症を発症した翌日から5日間経過し、かつ、症状が軽快した後１日を経過するまで。 |
| 【出席停止期間の確認方法】  以下の表に体温を記入し、折れ線グラフを作成すること。  症状軽快とは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ことを指す。  解熱の目安は37.5℃未満とする。  呼吸器症状は咳の頻度（止まらない、時々出る等）やのどの痛み、息苦しさ、症状無等を記載すること。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **症状が出た日** | | **１日目** | | **２日目** | | **３日目** | | **４日目** | | **５日目** | | **６日目** | | **７日目** | | **８日目** | | **９日目** | | | **月日** | **／** | | **／** | | **／** | | **／** | | **／** | | **／** | | **／** | | **／** | | **／** | | **／** | | | **呼吸器**  **症状** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | **時間帯** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | **朝** | **夕** | | **体温** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | **℃** | | **40.0**  **39.0**  **38.0**  **37.0**  **36.0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 【公欠申請の方法】  事前にWebから公欠申請を行うこと。  出席可能日以降、本報告書に医療機関の受診を証明する書類の写しを添付し、教務事務センターに提出すること。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受取日 | 確認印 |
|  |  |