# 新型コロナウィルス感染症　登園届

クラス　　氏名

◇発症日　　年　　月　　日

症状：発熱（　　℃）・咳・咽頭痛・鼻水・倦怠感

その他（　　）

◇検査日　　年　　月　　日（ PCR 検査・抗体検査・臨床診断 ）

◇結果日　　年　　月　　日

◇解除日　　年　　月　　日

◇受診機関名（病院名）

症状が回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年　　月　　日

保護者氏名

※同居のご家族が PCR 検査（又は抗体検査）を受検、もしくは臨床診断等で陽性と判断された場合、
下記にご記入をお願いいたします。

| 名前 | 続柄 | 発症日 | 検査日 | 検査種 | 結果日 | 結果 | 解除日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 月　日 | 月　日 | PCR 検査<br>抗体検査<br>臨床診断 | 月　日 | 陰性・陽性 | 月　日 |
| | | 月　日 | 月　日 | PCR 検査<br>抗体検査<br>臨床診断 | 月　日 | 陰性・陽性 | 月　日 |
| | | 月　日 | 月　日 | PCR 検査<br>抗体検査<br>臨床診断 | 月　日 | 陰性・陽性 | 月　日 |
| | | 月　日 | 月　日 | PCR 検査<br>抗体検査<br>臨床診断 | 月　日 | 陰性・陽性 | 月　日 |
| | | 月　日 | 月　日 | PCR 検査<br>抗体検査<br>臨床診断 | 月　日 | 陰性・陽性 | 月　日 |