

児童がPCR 検査又は、抗原検査対象となった場合の報告

(保護者→学校)

* 以下の情報を記入後、学校へお電話 (Tel 86-2710) ください(できる方はFAX:86-2720を)

報告日時 月 日 時 分		報告者 (続柄) 氏名 ()	
○学校関係 ・学校名、学年、性別		小千谷市立南小学校 () 年 氏名 (男・女)	
○検査の種類・日程等		種類 (PCR・抗原) 検査日: 月 日	・結果判明 (予定) 日 月 日
○検査の目的	() 感染を疑う要素がある () 手術等の予備検査 () 発熱等から念のため () その他 ()		
○行動歴	・検査を受けることとなった日 (症状がある場合は発症日) から、以前2日前からの行動 (県外への旅行等も) ・学校における気になる活動 ・学校外の活動 (クラブチームに所属等)		
○健康状態	・熱やその他の症状 (症状がある場合は時系列に)		
○家族関係	・同居の家族等の構成 ・兄弟関係 (在籍校など) ・健康状態		