

COVID-19 関連症状：非感染者用

提出日： 年 月 日

経過観察および登学可能状況報告書

学籍番号： \_\_\_\_\_

学部・学科： \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

経過観察の状況	
COVID-19 関連症状が 出現した日	年 月 日 ( )
	【出現した症状】
相談窓口への相談	相談した ・ 相談していない *相談した場合 一般健康相談窓口 ・ 有症状者相談窓口 **有症状者相談窓口にご相談した場合 ( )保健所 ・ 保健福祉事務所
医療機関への受診	受診した ・ 受診していない *受診した場合 施設名： _____
療養場所	入院 ・ 自宅 ・ その他( ) *入院の場合 施設名： _____
症状がすべて消失した日	年 月 日 ( )
登学開始する日 (登学が許可された日)	年 月 日 ( )

※ 健康チェック表・欠席届と合わせて提出する。

大 学		短 大	
学部(科)長	学生委員長	学科長	学生委員長
事 務 局			
学生課長	保健室	係り	

受 付 印
<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
受付