

新型コロナウイルス感染報告書

※新型コロナウイルス感染症陽性と診察された場合は、下記に記入後、メールまたはFAXで
学園内連絡先まで提出してください。

氏名() 連絡が取れる電話番号()
 所属() メールアドレス()
 学籍番号() 感染地域[都道府県]()
 学生寮入居者は寮名及び部屋番号を記入してください。
 (寮名: 部屋番号:)
 新型コロナワクチンを何回接種されましたか？[任意](回)

※ 海外渡航者は以下の項目を記入してください。

渡航先:国/都市()	
渡航期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
帰国日 : 年 月 日	

検査日	年 月 日()	検査病院	所在地	
判定日	年 月 日()		病院名	

入院の有無	入院・自宅療養・その他施設療養
-------	-----------------

入院先・療養先等	所在地	
	施設名	
	電話番号	
	入院・療養施設滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日

発症からの症状の経過	

症状が現れた日以降の、本学園学生・教職員との接触の有無	有・無
-----------------------------	-----

今後の見通し等についての医師の所見	

学内連絡先	
TEL:	
メール:	
FAX:	

◎本書の提出が困難な状況の場合は、まず学内連絡先にお電話にて報告願います。