

2021年5月29日

保護者の皆様へ

六甲学院中学校・高等学校
校長 高橋 純雄

新型コロナウイルス感染症に関する対応と 「なお一層の注意喚起」について

梅雨の候、保護者の皆様におかれましては、平素より本校の教育活動にご理解、ご協力いただきまして厚くお礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルスの感染状況に依然として収束の目途が立たない中、緊急事態宣言の6月20日(日)までの延長が決定されました。一方、本校におきましても6月には体育祭を控えております。これまで同様感染防止対策を十分念頭に置きながら、学校を運営して参りたいと存じます。皆様におかれましてもご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

現時点における**本校の感染者または濃厚接触者等に対する出席の取り扱い基準**は、従前と変わりございません。以下のとおりです。ご確認ください。

1. 生徒がPCR検査を受けて陽性となった場合

保健所の指示を受けた期間、出席停止といたします。

2. 同居する家族がPCR検査で陽性となった場合あるいは生徒本人が濃厚接触者と特定された場合

保健所の指示に従って、最後に接触した日から起算して2週間、出席停止といたします。

3. 同居する家族が濃厚接触者と特定されPCR検査を受けている場合

結果が出るまで出席停止といたします。

4. 生徒または同居する家族に、発熱等の風邪症状がみられた場合

保護者の判断で、症状がなくなるまで自宅待機をお願いいたします。その日は出席停止といたします(欠席となりません)。

※ 風邪症状とは「呼吸器症状、咳、たん、息苦しさ等」が該当します。

※ 本人に症状がある場合は医師の診断を受けてください。

5. 生徒が海外から帰国した場合

日本入国または帰国の日の翌日から起算して2週間は自宅で休養し、自身の体調変化や症状に注意して健康観察を行ってください。

※本人および家族がPCR検査を受けるようになった場合は、すぐに学校に電話連絡をお願いします。よろしければお電話の前に「新型コロナウイルス感染症の拡大防止対策(確認事項リスト)」を参考にご準備下さい。

※すべて、登校再開時には、「新型コロナウイルス感染症に関する報告書」をご提出ください。なおこの書類は、ホームページからもダウンロードできます。

※インフルエンザやその他の学校感染症の出席停止とは様式が異なりますので、ご注意ください。

※ 上記基準は、今後の感染状況等によって変更となる場合があります。その際はあらためてご連絡いたします。

新型コロナウイルス感染症の拡大防止対策（確認事項リスト）

本人および家族がPCR検査を受けるようになった場合は、すぐに学校に電話連絡をお願いします。下に必要事項をリストアップしておきました。

六甲学院中学校・高等学校 TEL 078-871-4161 FAX 078-871-4688

中学・高校（ ）年（ ）組（ ）番 氏名（ ）

報告日（2021年____月____日） 連絡先TEL（ ）

【生徒がPCR検査を受ける必要が生じた場合】

(1) 状況 PCR検査陽性 ・ 検査中 ・ 濃厚接触者と特定

(2) 症状 ①発熱（ ）℃ 月 日～

②呼吸器症状（ ） 月 日～

③全身症状（ ） 月 日～

④臭覚・味覚異常 月 日～

(3) 感染経路について 感染経路の判明の有無（有・無）

(4) 陽性だった場合の濃厚接触者可能性リスト
症状（発熱・風邪症状等）が出た2日前からの濃厚接触者（本校教職員および生徒）

【濃厚接触者の可能性がある場合】

マスクをしないで、1m以内の距離で15分以上、会話等をした場合

中・高	年	組	氏名	備考（日時・場所・内容等）	マスクの有無

【家族がPCR検査を受ける必要が生じた場合】 家族名（ ）

・生徒の様子について

症状の有無（有・無）

その他連絡事項

記入日 2021年 ____月 ____日

新型コロナウイルス感染症に関する報告書（登校時）

中学・高校 ____年 ____組 ____番 氏名 _____

※該当するものに○をつけてください。

○印	欠席理由	出席停止のめやす
	新型コロナウイルス感染症と診断された	保健所の指示する期間
	濃厚接触者と特定された 感染者名 ()	保健所の指示する期間 (最終接触から2週間)
	同居する家族がPCR検査を受けた 受検者名 ()	陰性の検査結果が出るまで
	本人または同居する家族に発熱等の 風邪症状がみられた	症状が消失するまで
	海外から帰国したため、登校を控えた	帰国した日の翌日から起算して 2週間（健康観察が必要）
特記事項		

【 期 間 】

2021年 ____月 ____日 () ~ ____月 ____日 ()

※ 連絡や指示を受けた医療機関・保健所等があれば記入してください。

医療機関 _____ 保健所 _____

上記のとおり相違ありません。

保護者氏名 _____ 印

担 任	教 頭	保 健 室