連 絡 票（ 学 生 ・ 教 職 員 ）

No.　　記載者:

連絡を受けた日	令和　　年　　月　　日（　　）　午前　・ 午後				
所 属			電 話 番 号 （自宅・携帯）		
学 籍 番 号 職 員 番 号		氏　名			自宅・親戚宅 寮・一人暮し

① 状 況 ※時系列で記入のこと	感 染 疑 い ・ 感 染 確 定 （PCR検査陽性・抗原検査陽性）　・濃 厚 接 触 者
②現在の症状	1. 症状（　な し　・　あ り　） 2. 次のいずれかに該当する自覚症状あり 熱（　　℃）・ 咳 ・ だるさ ・ のどの痛み ・ 頭痛 ・ 吐き気 ・ その他（　　） 3. 医療機関受診　無　有（　　） 4. 自治体受診・相談センターもしくは保健所への相談　無　有

③ 発熱及び咳などの呼吸器症状等の現れた日	令和　　年　　月　　日　・　なし

④ 同居家族の状態（同居者がいる場合、同居者の症状や体調等、新型コロナウイルス感染の有無）

同 居 人（ 有 ・ 無 ）

同 居 者（　　）

同居人の症状・体調（　　）

⑤ 発症する2日前までの行動（登学状況や県外への移動等）

⑤ 発症する2日前以降における本学の関係者との接触の状況　（ 有 ・ 無 ）

※濃厚接触者（想定される場合を含む）に対して情報提供を行うことへの同意の有無（ 有 ・ 無 ）

⑥ 診 断 日	令和　　年　　月　　日（ 結果: 陽性 ・ 陰性 ）
⑦ 診断された医療機関 居住地 の 保 健 所	病院 ／　　保健所

（追記や報告事項があれば、以下に記載してください。）
検査結果後の指示等