

報告書
(新型コロナウイルス感染症)

提出日： 令和 年 月 日

氏名		
学籍番号		
所属・学年 (所属先を○で囲む)	学部 大学院 前期 ・ 後期 課程	学年 年
連絡先電話番号		

報告日	電話： 令和 年 月 日
	電子メール： 令和 年 月 日
受診日 ※ 受診した場合に記載	令和 年 月 日
受診医療機関 ※ 受診した場合に記載	医療機関等の名称： 医療機関等の電話番号：
医師等の診断所見 ※ 受診した場合に記載	
症状（発熱・咳など）	
症状の現れた日時	令和 年 月 日（午前・午後 時頃）
本学関係者との接触の状況 （症状の現れた2日前以降） ※ 学内・学外について記載	
講義・実習等への参加状況 （症状の現れた2日前以降）	
学内施設への立入りの状況 （症状の現れた2日前以降）	
現在の状況	体調： 居所：
今後に係る医師等の所見 ※ 受診した場合に記載	
その他 ※ 必要に応じて記載	

対応者：