

## SOLICITAÇÃO PARA O TESTE

(JUNTAMENTE COM O CONSENTIMENTO)

※Favor anotar sem falta, a data prevista para o teste.

NOME DA ESCOLA	
PREVISÃO DO TESTE	ANO      MÊS      DIA

1	PROPÓSITO DO TESTE (Marcar ✓ no que se refere)	<input type="checkbox"/> Me preocupo com a situação da contaminação ao meu redor, portanto, faço o consentimento. (Não perguntaremos a situação da escola ou da família.)			
2	CONSENTIMENTO (Após consentir, marcar ✓) ※Checar todos os itens do lado, se tiver 1 item sem checar, não podemos entregar o kit do teste	<input type="checkbox"/> Fazer o teste na presença dos Pais. <input type="checkbox"/> Os Pais deverão confirmar o resultado. <input type="checkbox"/> Os Pais deverão avisar a escola que frequenta o resultado do exame. <input type="checkbox"/> Se não comunicar à escola, não permitiremos a vinda do aluno na escola. <input type="checkbox"/> Se o resultado do teste for positivo, à partir do dia que fez o exame, estar aos cuidados em casa durante 7 (sete) dias. <input type="checkbox"/> Mesmo com o resultado negativo, [fique atento na mudança de saúde], [comer sem conversar] [uso da máscara ao conversar] continuar com as medidas de prevenção obrigatória. <input type="checkbox"/> Quando esta solicitação for pedido pela Secretaria de Educação da Província de Fukui, poderá ser apresentado à mesma Secretaria. <input type="checkbox"/> Eu confirmo que os itens acima não são falsos.			
3	CONFIRMAÇÃO (Após confirmar, marcar ✓) ※Se tiver 1 item sem checar ✓, não podemos entregar o kit do teste.	<input type="checkbox"/> Foi feita uma solicitação para cada aluno. <input type="checkbox"/> A solicitação foi preenchida pelos Pais. <input type="checkbox"/> O aluno que deseja fazer o teste, não apresenta sintomas. (Se tiver com sintomas, fazer uma consulta médica no hospital ou Centro de Consultas. <input type="checkbox"/> Na família não tem ninguém aguardando resultado, com febre ou sintomas. (※Se tiver alguém com sintomas, favor, não vir à escola.)			
4	Até hoje, quantas vezes usufruiu o teste da escola	vezes			
5	SÉRIE		SALA		NÚMERO DA CHAMADA
	NOME DO ALUNO				
	NOME DO RESPONSÁVEL				
	TELEFONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ABAIXO, PREENCHIMENTO DA ESCOLA

## 【確認欄】

受付日	受付者	結果報告日	報告確認者	検査結果 (○をつける)
				陰性(-) 陽性(+)