

健康チェック表 〈推薦・社会人入学試験受験用〉

受験番号() 氏名()

*1日1回以上検温を行い、複数回測定した場合は一番高かった体温を記載してください。

*下記の症状の有無を確認し、症状があった場合は記号を記載してください。

- A 息苦しさ(呼吸困難)がある
- B 強いだるさ(倦怠感)がある
- C 味を感じない(味覚障害がある)
- D 臭いを感じない(臭覚障害がある)
- E 咳の症状が続いている
- F 咽頭痛が続いている
- G 下痢をしている
- H その他()

月 日	体 温	症 状	月 日	体 温	症 状
10月27日(水)	℃		11月3日(水)	℃	
10月28日(木)	℃		11月4日(木)	℃	
10月29日(金)	℃		11月5日(金)	℃	
10月30日(土)	℃		11月6日(土)	℃	
10月31日(日)	℃		11月7日(日)	℃	
11月1日(月)	℃		11月8日(月)	℃	
11月2日(火)	℃		11月9日(火)	℃	

試験当日：11月10日(水)	体温：℃	症状：
----------------	------	-----

*以下の質問にお答えください。

- 「感染対策」を守った生活をしていた。(はい ・ いいえ)
- 24時間以内に風邪薬・解熱薬・鎮痛薬などの薬を飲んでいない。(はい ・ いいえ)
- 保健所から濃厚接触者に該当するとされ11月10日は健康観察期間中である。(はい ・ いいえ)
- 14日以内に新型コロナウイルス感染者または、その濃厚接触者と接触したことがある。(はい ・ いいえ)
- 14日以内に他県の方と接触したあるいは、他県へ行った。(県名：) (はい ・ いいえ)
- コロナワクチン接種を2回終了した。(はい ・ いいえ)

*なお、コロナワクチン接種の有無が入学試験の可否に影響することはありません。

*** この用紙は、試験当日の受付時に提出してください ***