

受験番号

健康状態チェックシート

合格者氏名	
保護者氏名	

欄	確認項目	確認結果	
		合格者	保護者
A	発熱の症状がある(37.5度以上) ※右の欄に説明会当日朝、自宅での検温結果を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 【 度】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 【 度】
	息苦しさ(呼吸困難)がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	強いだるさ(倦怠感)がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
B	味を感じない(味覚障害)がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	臭いを感じない(嗅覚障害)がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	咳の症状が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	咽頭痛が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	下痢をしている (持病や食あたりなど新型コロナウイルス感染症以外の原因が推測されるものを除く)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去2週間以内に、同居している者で医療機関を受診して新型コロナウイルス感染症の感染が疑われ、かつ、その疑いが否定されないまま症状が続いている者がいる、又は、過去2週間以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域等の在住者との濃厚接触(1m程度以内での15分以上接触)がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※各項目の該当する方に、チェックを入れてください。(参加するすべての方は、記入をしてください。)

※A欄で1項目以上、又は、B欄で2項目以上該当する場合は、参加者の健康・安全の確保から入場をご遠慮させていただく場合があります。