

健康観察シート

受験番号 () 氏名 ()

R5/1/10 (火) から記入を開始してください。この用紙は **1/17 (火) 試験当日には必ず持参**の上、受付に提出してください。

No.	1	2	3	4	5	6	7	当日
月日	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/17
本人 体温測定は1日1回以上測定し、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。								
症状	体温(℃)							
	息苦しさ	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
	強いだるさ	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
	のどの痛み	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
	咳	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
	味を感じない	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
	臭わない	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
	下痢をしている	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
	その他()	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
備考：居住地以外の他県への移動の有無と地域名等								
居住地以外の他県にいる家族等との接触があった場合、その家族等接触者								
体温(℃)								
症状								
備考：								

以下の質問にお答えください。

- 「新しい生活様式」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、解熱剤、鎮痛薬等の薬を服用していない。(はい・いいえ)
- 保健所から濃厚接触者に該当するとされ、1月17日(火)は健康観察期間中である。(はい・いいえ)

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、お手数をおかけしますが、ご協力の上、記載をお願いします。何か気がかりなこと等があれば学校(0859-31-6187)に連絡してください。