

2022年9月25日(日) 入試説明会・プレテスト参加者 健康チェックシート

<チェックリスト>

※受付にご提出ください。

|   |                             |                              |                             |                              |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|   | お子様の名前                      |                              | 保護者様の名前                     |                              | 保護者様の名前                     |                              |
| 本日、朝の自宅での検温結果を記入してください。   | 体温<br>度                     |                              | 体温<br>度                     |                              | 体温<br>度                     |                              |
| 確認項目  | 確認結果                        |                              | 確認結果                        |                              | 確認結果                        |                              |
| 発熱の症状がある(37.5度以上)   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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 | <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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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 | <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 | <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 | <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 | <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 | <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罹患が疑われ、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。または、過去2週間以内に、政府から入国制限、入国後の待機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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 備考  |                             |                              |                             |                              |                             |                              |

※ここに記載いただいた内容は、健康状態をチェックするためのもので、他の目的に使用することはありません。