

健康観察記録表

| |
|----|
| 氏名 |
|----|

| |
|--------|
| 平熱 . 度 |
|--------|

- 1 毎朝、起床時と夕方検温し、下の表に記録してください。
- 2 その他、風邪の症状の有無（有りの場合は具体的症状）に○をつけてください。
- 3 試験当日の受付時に提出してください。
- 4 試験当日を含めて14日間において、発熱、風邪等の症状のあった者は受験できません。

| 日付 | 曜 | 朝の体温 | 夕方の体温 | 風邪症状 | 備考 |
|-------|---|---|---|-------------------------------|----|
| 例 | 月 | <input checked="" type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input checked="" type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | ○無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 月 日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |
| 試験日当日 | | <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり | / | 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感） | |

- ◆ 次の①～③のいずれかに該当する場合には受験ができません。
- ①海外から帰国し、帰国翌日から14日以内である場合。
 - ②過去14日以内に保健所等で濃厚接触者と判断された場合。
 - ③過去14日以内に新型コロナウイルス感染症に感染した場合。