

# 健康観察記録表

受験する入試名： 学群編入学試験

受験する学群・学類名：

受験番号	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 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。  
（風邪症状が、持病や花粉症などのアレルギー症状による場合は、備考に記入してください。）
- 3 試験日当日は必ず「健康観察記録表」を持参してください。
- 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。  
 追試験受験申請書の提出を検討してください。

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	<input checked="" type="radio"/> 無・有（咳・鼻水・くしゃみ・咽頭痛・倦怠感・呼吸困難感）	
11月 13日	金	<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）	
11月 14日	土	<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）	
11月 15日	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）	
11月 16日	月	<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）	
11月 17日	火	<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）	
11月 18日	水	<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）	
11月 19日	木	<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）	
11月 20日	金	<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）	
11月 21日	土	<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）	
11月 22日	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）	
11月 23日	月	<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）	
11月 24日	火	<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）	
11月 25日	水	<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）	
11月 26日	木	<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）	
11月 27日	金	<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。追試験受験申請書の提出を検討してください。

①海外から帰国し、帰国翌日から14日以内である。	はい・いいえ
②過去14日以内にクラスターの発生の集会等に参加、又は近親者の陽性反応等により、保健所の調査を受け、濃厚接触者と判断された。	はい・いいえ
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。	はい・いいえ

**注1) 追試験申請の際には、本記録表を診断書の代用とすることができますので、必ず毎日記録してください。**

**注2) 本記録表に記載の個人情報は、本受験での健康状態を確認するのが目的で、それ以外には使用しません。**