（西暦）　　　　年　　　月　　　日

健康観察票

受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

１.　試験当日の体温についてお答えください。

 **ある　 なし**

 □ □

○　37.5 度以上または平熱の1度以上の熱がありましたか。

※「ある」または「なし」に ✔（チェック）をいれてください。

試験日（9月26日）の体温 　［ 　　　　］度

※当日の体温を記入してください。

２.　試験日（9月26日）および試験日前2週間における以下の事項についてお答えください。

 **ある　 なし**

※「ある」または「なし」に ✔（チェック）をいれてください。

 □ □

□ □

○　37.5 度以上または平熱の1度以上の発熱がありましたか。

 □ □

□ □

○　長く続く咳など風邪の症状がありましたか。

 □ □

□ □

○　強いだるさ、息苦しさがありましたか。

 □ □

□ □

○　嗅覚や味覚の異常がありましたか。

 □ □

□ □

○　新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触が

ありましたか。

 □ □

□ □

○　同居家族や身近な知人の感染が疑われる方がいましたか。

 □ □

□ □

○　過去 14 日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・地域等への渡航又は当該の在住者と

の濃厚接触がありましたか。

※上記項目で「ある」に１つでも当てはまる方は受験できません。

※試験会場で検温させていただく場合があります。ご協力のほどよろしくお願いいたします。