

健康観察記録表（令和5年度学群入試用）

受験する入試名： _____

受験する学群・学類名： _____

受験番号 _____ 氏名 _____	平熱 _____ 度
---------------------	------------

- 1 起床後の体温を下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な症状）に○を付けるか、その他欄に症状を記載してください。
注）鼻水・くしゃみ等がアレルギー症状による場合は、本試験を受験してください。
（症状の欄に「アレルギー」と記入してください）
- 3 試験当日は必ず本紙「健康観察記録表（令和5年度学群入試用）」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・咳等の症状があり、回復していない場合は受験できません。
追試験の受験を検討してください。（ただし、別紙「受験上の留意事項」に記載のとおり、発熱・咳等の症状が出た場合でも、医療機関等を受診し、その結果によっては試験場での受験対象となりますので、本記録表にもその旨を記入してください。）

日付	曜日	体温	風邪症状	発熱後の医療機関等の受診
例	月	<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、その他：アレルギー（鼻水））	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
月	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、その他：）	<input type="checkbox"/> 受診あり、 <input type="checkbox"/> 受診なし ※ありの場合は次項に記載
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、その他：）	/
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、その他：）	/

- ◆ 発熱（または感染者との接触が判明）後、「医療機関を受診」または「保健所に相談」した結果を、以下に してください。
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症等に罹患したが、受診後、保健所等の定める自宅待機期間が終了し、試験当日に症状が回復している → 本試験
<input type="checkbox"/> 医療機関を受診または保健所に相談の結果、新型コロナではない（PCR検査不要）と判断され、試験当日に症状が回復している → 本試験
<input type="checkbox"/> PCR検査が必要と判断され、PCR検査を受検し、その結果が「陰性」であり、試験当日に症状が回復している → 本試験
<input type="checkbox"/> ワクチン接種後の副反応による発熱等であることが「ワクチン接種済証」等により明らかで、試験当日に症状が回復している → 本試験
<input type="checkbox"/> PCR検査不要と判断された、もしくは結果が陰性であったが、試験当日も症状が回復していない → 追試験の申請へ |
|---|

- ◆ 次のいずれかに該当する場合には受験ができません。該当項目に の上、追試験の受験を検討してください。
ただし、受験者本人がPCR検査陰性の場合は受験できる場合があります。
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 保健所等から濃厚接触者に特定され、厚生労働省の定める待機期間中である
<input type="checkbox"/> 同居者がPCR検査で陽性となり、自身も自宅待機中である | ただし、自宅待機が解除され「外出可」となった場合は、健康観察の上で本試験を受験 |
|---|---|

注1) 追試験申請の際に、申請事由によって本記録表の提出が必要となりますので、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、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。