

次世代学校教育創成サブプログラム進学・入試相談会用 健康観察記録表

相談会当日を含めて14日間の健康観察を行い、当日必ず持参してください。健康観察記録表は、相談会受付にて確認の上回収させていただきます。

参加を希望する領域	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。
- 3 相談会当日は必ず「健康観察記録表」を持参してください。
- 4 相談会当日を含めて14日間において、発熱、風邪等の症状のあった者は相談会に参加できません。

日付	曜日	朝の体温	夕方の体温	風邪症状	備考
記入例		<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）	
11月 7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 8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 9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10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11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12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13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14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15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16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17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18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19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20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）	

◆ 次のいずれかに該当する場合には相談会に参加できません。

◆ 過去5日以内に保健所等で濃厚接触者と判断された。	はい・いいえ
◆ 過去5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 本記録表に記載の個人情報は、本相談会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。