

健康観察記録票

学校名

氏 名

※試験当日にご提出ください。

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------|
| 1. 5日以内に発熱があった | 無 ・ 有 (日付:) |
| 2. 5日以内にCOVID-19陽性と診断された | 無 ・ 有 (日付:) |
| 3. 7日間以内にCOVID-19感染者との接触があった
(マスクなしで1m以内15分以上一緒にいた) | 無 ・ 有 (日付:) |
| 4. 当日の健康観察記録 | |
| ①発熱37.5℃以上あり | 無 ・ 有 |
| ②下記の症状のいずれかがある
(咳、呼吸困難、鼻汁・鼻閉、咽頭痛、頭痛、倦怠感等) | 無 ・ 有 (症状:) |

①②のいずれかに該当する場合は、当院人事課(代表:052-481-5111)へご連絡ください