

## 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分以上一緒だった) 無・有(日付: )

4. 当日の健康観察記録

①発熱37.5°C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