

## 健康チェック表

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

- 1 平熱 ( ) °C      本日の体温 ( ) °C
- 2 発熱や喉の痛みなどの新型コロナウイルス感染症の症状がありますか？  
該当する項目に ○ をつけてください。      ある      ない
- 3 オープンキャンパスまでの2週間以内に、下記の各症状について、該当するかを判断し、  
ある場合は ○ で囲みください。

発熱 (37.0°C以上または平熱の+0.5°C)	咳	喉の痛み	頭痛
倦怠感	悪寒	筋肉や体の痛み	皮膚の発疹または手足の指の変色
眼の充血または炎症	味覚または嗅覚の異常	下痢	

- 4 上記の各症状について医師の診断は受けていますか。該当する内容に ○ をご記入ください。受けている場合は診断内容についてご記入ください。
- ( ) 医師の診断を受けていない  
( ) 医師の診断を受けている

診断内容について
----------

- 5 各項目について該当するかを判断し、ある場合は ○ をご記入ください。
- ( ) 家族等同居者に上記の症状がある人と生活を共にしている。  
( ) 新型コロナウイルス感染症の陽性反応がみられる人と生活を共にしている。  
( ) 家族等同居者が濃厚接触者となっており、生活を共にしている。  
( ) 家族等同居者が濃厚接触者となっている人と接触がある。

※濃厚接触者とは、新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度  
以内で15分以上接触があった場合と考えられます。