

健康観察記録表（大学院入試用）

受験する学位プログラム名： _____

受験番号	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な症状）に○をつけてください。
注）鼻水・くしゃみ等の原因がアレルギー症状による場合は、受験可です。（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「健康観察記録表（大学院入試用）」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。） ※万が一、医療機関等を受診しなかった場合は「理由書(様式任意)」を提出ください。

日付	曜	朝の体温	夕方の体温	風邪症状	発熱後の医療機関等の受診 (受診なしは、理由書提出)
例	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	<input checked="" type="radio"/> 無・有 (咳、 <input checked="" type="radio"/> 鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感) アレルギー	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	<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	<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)	/
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)	/

- ◆ 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、以下にチェックしてください。
- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 → <u>受験可</u> |
| <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 → <u>受験可</u> |
| <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 → <u>受験可</u> |
| <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 → <u>追試験願の申請へ</u> |

- ◆ 次の①～③のいずれかに該当する場合には受験ができません。追試験の受験を検討してください。
- | | |
|----------------------------------------|--------|
| ①海外から入国し、入国翌日から14日以内である。 | はい・いいえ |
| ②過去14日以内に、保健所から濃厚接触者に特定された。 | はい・いいえ |
| ③過去14日以内に、同居者がPCR検査で陽性となり、自身も自宅待機中である。 | はい・いいえ |

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は、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。