

大学院入試受験者各位

## 新型コロナウイルス等の感染拡大防止に係る受験上の留意事項

筑波大学

試験場での新型コロナウイルス等の感染拡大を防止するため、受験に際しては次のとおりとしますので、必ず確認してください。

日ごろから、手洗い・手指消毒、咳エチケットの徹底、人と人との距離の確保、「三つの密」（密閉、密集、密接）の回避など基本的な感染対策を継続するとともに、バランスの取れた食事、適度な運動、休養、睡眠など、体調管理に心がけてください。なお、発熱・咳等の症状が出た場合は、必ず、①医療機関を受診、または②受診・相談センター（保健所）へ電話相談等の上、医師・保健所の指示に従ってください。

### 1. 健康観察記録表（大学院入試用）の持参

試験当日を含めて14日間の健康観察を行い、受験の際には健康観察記録表に毎日の検温等を記録した上で、必ず持参してください。試験場入り口にて確認させていただく場合があります。

### 2. 試験場での受験ができない者

次に掲げる者は、試験場での受験ができません。追試験等の受験を検討してください。

- ① 新型コロナウイルス感染症等に罹患し、医療機関等を受診後、保健所等の定める自宅待機中の者
- ② 試験前日までの13日間において、発熱・咳等の症状があった、または新型コロナウイルス感染者との接触等があり感染が否定できない者

ただし、上記①～②の者で、「医療機関を受診」または「保健所に相談」していただき、その結果が以下の場合には試験場にて受験してください。

- 1) 上記①の罹患者について、医療機関等を受診後、保健所等の定める自宅待機期間が終了し、試験当日に症状が回復している者
  - 2) 発熱後、医療機関を受診または保健所に相談の結果、新型コロナウイルス感染症ではない（PCR検査不要）と判断され、試験当日に症状が回復している者
  - 3) 発熱（または感染者との接触）後、医療機関・保健所から、PCR検査が必要と判断され、受検した結果、陰性であり、試験当日に症状が回復している者
  - 4) 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」等により明らかであり、試験当日に症状が回復している者
- ③ 保健所等から濃厚接触者に特定された、または同居者がPCR検査で陽性となり、自身が自宅待機中である者
  - ④ 海外から入国して、厚生労働省の定める自宅待機期間中である者
  - ⑤ 試験当日に、発熱・咳等の症状がある者
  - ⑥ 試験当日、試験会場内において咳を繰り返すなどの症状がみられる方には、他の受験者への感染のおそれがあるため、受験を取り止めていただくことがあります。（受験を中止した場合は、追試験を申請することができます。）

注. 上記①～⑤の懸念がある者のうち、自身での判断が難しい場合は、出願受付担当部署（出願書類提出先）に問い合わせてください。

### 3. 試験当日の注意事項

- ① 各自マスクを持参し、試験場では、昼食時以外は常に正しく着用してください。
- ② 試験室への入場前には、速乾性アルコール製剤による手指消毒を徹底してください。
- ③ 休憩時間や昼食時等における他者との接触、会話を極力控えてください。
- ④ 試験室では換気のため窓の開放等を行う時間帯をとるので、時季に応じて上着などを持参してください。
- ⑤ 昼食は各自持参し、自席でとるようにしてください。

# 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 起床後の体温を下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○を付けるか、その他欄に症状を記載してください。  
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	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 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、その他：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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	<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	無・有 (咳、鼻水、くしゃみ、咽頭痛、倦怠感、呼吸困難感、その他：)	/
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、その他：)	/

- ◆ 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☑してください。
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症等に罹患したが、受診後、保健所等の定める自宅待機期間が終了し、試験当日に症状が回復している → <u>受験可</u>  |
| <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。該当項目に☑の上、追試験の受験を検討してください。
- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①海外から入国し、厚生労働省の定める自宅待機期間中である。<br><input type="checkbox"/> ②保健所等から濃厚接触者に特定され、厚生労働省の定める待機期間中である。<br><input type="checkbox"/> ③同居者がPCR検査で陽性となり、自身も自宅待機中である。 | ただし、自宅待機が解除され「外出可」となった方は、健康観察の上で受験可 |
|---|-------------------------------------|

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、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。