

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。試験場入口等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、自席での黙食をお願いします。

# 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	<input checked="" type="radio"/> 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（鼻水））	<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。