

## 健康状態確認票

大 学 名	氏 名

- 受講当日の朝、朝食前に体温測定をして、下表の①～⑥の症状がないかチェックしてください。
- 会場への入場の際、受付で提出してください。

期 日	朝の 体温	症状がある場合は○を、ない場合は×を記入してください。 ※ アレルギー性鼻炎による鼻水、鼻づまり等、慢性疾患による 症状は含みません。						備 考
		①	②	③	④	⑤	⑥	
		頭痛	だるさ 寒気	せき	のどの 痛み	息苦しさ	腹痛 下痢 吐き気	
記入例	36.5℃	○	×	×	×	×	×	
月 日	℃							

※受講に当たっては、感染予防のため、マスクの持参・着用をお願いします。

※新型コロナウイルス感染症など（学校保健安全法で出席の停止が定められている感染症）に罹患し治癒していない方、保健所から「濃厚接触者」として判断され、自宅待機を要請されている方、また、上表の①～⑥のいずれかの症状があつて新型コロナウイルスの感染が疑われる方は、他の受講者への感染のおそれがあるため、当日の受講を控えていただくようお願いします。