

# 体 調 確 認 シ ー ト

年 月 日

受験番号		氏 名	
------	--	-----	--

体 温(試験当日の朝に測定)			度
発 熱(平熱時と比較して)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

※37.5 度以上の熱がある場合は、受験を取り止めてください。

風 邪 症 状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (咳, くしゃみ, 鼻水, 咽頭痛, 頭痛, 腹痛など)	
息 苦 し さ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> その他( )
強 い だ る さ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> その他( )
味覚・臭覚の異常	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> その他( )
そ の 他			

※「有」のチェックがある場合は、試験監督等に申し出てください。