

(本調査票を紙に印刷し、必要事項を記入し試験当日持参してください。)

### 健康調査票 (新型コロナ感染対策)

受験番号	
氏 名	

#### 試験前日及び試験当日朝の体温

日にち	体 温
8月17日(月)	測定時刻 _____ : _____ _____ °C
8月18日(火)	測定時刻 _____ : _____ _____ °C

8月18日(火)朝の健康状態について教えてください。

(該当に✓をしてください。)

咳が出る	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
喉の痛みがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
倦怠感(だるさ)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
息苦しさがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ