

# 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のための確認票

記載日：令和5年8月 日	
氏名：	連絡先（携帯電話）：
受験番号：	受験職種：

該当する項目にチェック（）し、必要事項を記載してください。

## ■ 自覚症状の有無

- 1)  37.5℃以上の発熱  息苦しさ  咳  痰  咽頭痛  
 嘔吐・下痢  味覚障害  嗅覚障害  倦怠感  筋肉痛  
症状出現 年 月 日 ~  
 なし

## ■ 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがある

- 発生日 年 月 日 ~  
 なし

## ■ 新型コロナウイルス感染症と診断された人との接触歴

- 1)  2週間以内に新型コロナウイルス検査で陽性と診断された人との接触歴がある  
※接触の程度にかかわらず、心当たりのある場合は「接触あり」とご回答ください。  
接触日 年 月 日  
場所 \_\_\_\_\_  
 なし
- 2)  同居人または校内に、自宅隔離を要請されている人・陽性と診断された人と2週間以内に接触した人がいる。  
 なし

## ■ 海外渡航歴について

- 1)  2023年3月以降に海外への渡航歴がある（4月以降に帰国したものも含む）  
渡航期間 年 月 日 ~ 月 日  
渡航場所 \_\_\_\_\_  
 なし