

健康観察チェックシート

◎ 基本情報						
受験番号	フリガナ 氏名					
住所	学校名 (中学校)					
緊急連絡先 (当日保護者に連絡のつく電話番号)						
当日の体温	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>度</td><td> </td><td>分</td></tr></table>			度		分
		度		分		
◎ 当日の健康状態 ※該当する場合には「✓」をつけてください。 アからオの全ての項目に「✓」がない場合は、別室受験となる可能性があります。						
<input type="checkbox"/> ア 平熱を超える発熱がない <input type="checkbox"/> イ 咳 (せき)、のどの痛みなどの風邪症状がない <input type="checkbox"/> ウ だるさ (倦怠感)、息苦しさ (呼吸困難) がない <input type="checkbox"/> エ 嗅覚や味覚の異常がない <input type="checkbox"/> オ 体が重く感じる、疲れやすい等がない						
◎ 上記の項目どれか一つでも「✓」がついていない場合、症状について具体的にご記入下さい。 (例: 3 日前に発熱があった。)						
同意書						
<p>本健康チェックシートは、愛国学園大学附属四街道高等学校の令和 3 年度入学者選抜において、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、受験生およびその付き添い者 (以下、受験生等という。) の健康状態を確認することを目的としています。</p> <p>本健康チェックシートに記入いただいた個人情報については、愛国学園大学附属四街道高等学校 入試委員会が適切に取り扱い、参加者の健康状態の把握、受験の可否の判断及び必要な連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし、受験会場で感染症患者またはその疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。健康チェックシートの保管は 1 ヶ月間とし、その後、破棄致します。</p> <p>愛国学園大学附属四街道高等学校長 様</p> <p style="text-align: right;">令和 3 年 月 日</p> <p>健康観察シートの提出に同意します。</p> <p style="text-align: right;">生徒氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 _____</p>						