|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受験番号** |  |  |  |  |
| **氏　名** |  |

試験当日と試験日前２週間の体温と体調を記録してください。試験当日に持参し受付で提出してください。

* **1つでも「はい」に該当ある方は試験前に問診をさせていただきますので、**

**所定の受付時間より15分ほど早めにお越しください。**

1. **試験当日の体温** **はい　いいえ**

「はい」「いいえ」のいずれか１つにチェック（✔）してください。

37.5℃以上の熱がありましたか。 □ □

具体的な体温をご記載ください。 （　　　．　　）℃

検温時間をご記載ください。 （　　時　　分）

1. **試験日前２週間における以下の事項** **はい　いいえ**

「はい」「いいえ」のいずれか１つにチェック（✔）してください。

1. 37.5℃以上の熱がありましたか。 □ □
2. 咳、のどの痛みがありましたか。 □ □
3. 息苦しさがありましたか。 □ □
4. 倦怠感（身体のだるさ）がありましたか。 □ □
5. 嗅覚や味覚に異常がありましたか。 □ □

　　⑥ 受験者本人が1ヶ月の間にＣＯＶＩＤ－１９に罹患しましたか。□ □

　　⑦ 受験者本人が1ヶ月の間に濃厚接触者となりましたか。　　　 □ □

1. **試験日前２週間の体温をご記載ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10月16日 | 10月17日 | 10月18日 | 10月19日 | 10月20日 | 10月21日 | 10月22日 |
| ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ |
| 10月23日 | 10月24日 | 10月25日 | 10月26日 | 10月27日 | 10月28日 | 10月29日 |
| ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ | ・　℃ |