

# 新型コロナウイルス感染症対策チェックシート

- ◎ 項目を全て記載し、下欄に署名の上、試験当日、受付時に必ず提出してください。
- ◎ このチェックシートは、必要に応じて保健所等の公的機関に提供する場合があります。
- ◎ 記入いただいた個人情報については、両協会が適切に取り扱い、受験者の健康状態の把握、受験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、このチェックシートは試験当日から1か月間、保存した後、廃棄処分します。

受験日	月 日 ( 曜日)	受験地	都道府県名を記載		受験番号
フリガナ			生年月日	年 月 日生 ( 歳)	
氏名	男・女				
連絡先	( )	本人以外の 緊急時 連絡先	( )	連絡先の氏名を記載	

1 現在、発熱、咳、倦怠感、息苦しさ、味覚・嗅覚障害等の症状はありませんか。  ない  ある

※ ある場合の症状： \_\_\_\_\_

2 試験日の2週間前以降に政府から入国制限、入国後の経過措置が必要とされている国や地域への訪問歴があるか、又はそのような者との濃厚接触がありますか。  ない  ある

3 試験日の2週間前以降に新型コロナウイルス感染症と診断された者との濃厚接触がありますか。  ない  ある

4 試験日の2週間前以降に同居している家族等が新型コロナウイルス感染症と疑われていませんか。  ない  いる

5 試験当日、朝の体温は何度でしたか。

・ 度
-----

上記内容に相違ありません。

年 月 日

署名