

# 新型コロナウイルス感染症 健康観察記録（自己観察用）

		氏名:			所在地:			都 道 府 県
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
	日付	9月16日	9月17日	9月18日	9月19日	9月20日	9月21日	9月22日
	体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他								
備考								

**【注意事項】**

- 1 健康観察期間:試験日当日前 7日間
- 2 この観察表は、試験日当日受付に提出すること。
- 3 健康観察機関中に「4日以上風邪症状」が続いた場合は、事前にご連絡ください。受験の可否及び受験方法等をご連絡いたします。