

## 新型コロナウイルス感染予防対策：オープンキャンパス参加者問診票

感染予防対策にご協力くださいますよう、お願いいたします。以下の項目について、記入をお願いします。

開催日： 2023 年 月 日 ( )	参加者氏名：
住 所：	連絡先電話番号：

現在(本日)の健康状態についてお知らせください。該当するものに○を記してください。

鼻水	あり	・	なし
くしゃみ	あり	・	なし
のどの痛み	あり	・	なし
頭痛	あり	・	なし
だるさ	あり	・	なし
におい・味がわかりにくい	あり	・	なし
吐き気・嘔吐	あり	・	なし
下痢	あり	・	なし
その他の体調の変化	あり	・	なし

**本日より過去1週間以内の健康状態と行動**についてお知らせください。  
以下の①～⑧について、該当するものを○で囲んでください。

①	肉体疲労とは異なる体のだるさ	あり	・	なし
②	発熱(37.5度以上または普段より0.5度以上高い体温)	あり	・	なし
③	風邪症状(のどの痛み、鼻水、くしゃみ、咳、頭痛)	あり	・	なし
④	においの感じ方や味覚の変化	あり	・	なし
⑤	吐き気、嘔吐、下痢	あり	・	なし
⑥	海外旅行をした、または、海外旅行をした人と接触した	あり	・	なし
⑦	新型コロナウイルス感染症に罹った人と接触した	あり	・	なし
⑧	医療機関を受診した	あり	・	なし
				診断名( )

来校時の体温 : \_\_\_\_\_ °C