

令和3年度 新潟翠江高等学校通信制課程 後期転編入学者選抜
健康状態チェックリスト転入学

【受検生は、入学者選抜検査当日朝に記入し、受検票とともに持参してください。】

記入日	令和 年 月 日
受検番号	番
氏名	
在籍高等学校	立 学校
保護者氏名	(自署)

■ 入学者選抜検査当日朝の検温結果を記入してください。

検査当日朝の体温	. °C	(受検票にも記入してください)
----------	------	-----------------

■ 健康状態を確認し、「いいえ」または「はい」を○で囲んでください。

A	発熱の症状がある（検査当日朝の体温が 37.5℃以上）	いいえ	はい
	息苦しさ（呼吸困難）がある	いいえ	はい
	強いだるさ（倦怠感）がある	いいえ	はい
B	味を感じない（味覚障害がある）	いいえ	はい
	臭いを感じない（嗅覚障害がある）	いいえ	はい
	咳の症状がある	いいえ	はい
	咽頭痛（のどの痛み）がある	いいえ	はい
	下痢をしている（持病や食あたりなどを除く）	いいえ	はい
	過去2週間以内に、同居している者で医療機関を受診して新型コロナウイルス感染症の罹患が疑われる者がいる、又は、過去2週間以内に、緊急事態宣言の実施区域や、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域等の在住者との濃厚接触（1m程度以内で15分以上接触）がある	いいえ	はい

◎ A欄に1つ以上又はB欄に2つ以上該当する項目がある場合は、他の受検生や監督者の安全確保のため、検査を受検できません。保護者が高等学校長に連絡し、検査当日の午前9時30分までに在籍学校長から新潟翠江高等学校に連絡してください。ただし、検査日が土曜日の場合は、保護者が新潟翠江高等学校に連絡してください。

※志願者が満20歳以上の場合は、保護者氏名の記入を不要とし、検査当日の連絡についても志願者本人でよいこととします。

※ 高等学校使用欄