

※ 月 日 ( ) 提出

受検番号

令和3年度長崎県立特別支援学校入学者選考 健康状態チェックシート

●記入日時

令和3年 月 日 ( )

時 分

在籍校	
氏名	
緊急連絡先	

●確認項目を読み、該当する結果の□にチェック(✓)を入れてください。

NO	確認項目	結果	
1	発熱の症状がある(37.5度以上)。 [ 度 ] ※検温結果を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	息苦しさ(呼吸困難)がある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	強いだるさ(倦怠感)がある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	味を感じない(味覚障害がある)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	においを感じない(嗅覚障害がある)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	咳の症状が続いている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	のどの痛みが続いている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	下痢をしている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【その他、体調面で気になることがあれば記入してください。】

- ・受検する特別支援学校の受付時に提出してください。
- ・入学者選考検査日の前日までに、上記1～8のいずれかの症状がある場合は、かかりつけ医等に相談してください。
- ・入学者選考検査の当日、上記1～8のいずれかの症状がある受検者は、原則として別室での受検となります。その際、受検可能な体調であることを緊急連絡先へ確認する場合があります。