

健康観察記録票
Health Observation Record Sheet

学籍番号 (受験番号) Student ID number		ふりがな 氏名 Name		所属学部・研究科 学科・専攻等 Faculty/Department								
住所 (帰省中の人は帰省先) Address												
日中連絡のつく電話番号 Phone number						E-mail						
既往歴 Medical history		☐ あり →病名 () YES Details						☐ な し NO				
発熱や咳など風邪症状のある人との接触 Contact with people with cold symptoms such as fever and cough				☐ あり →病名 () YES Details				☐ な し NO				
朝・夜2回の体温測定の結果と、下記の症状の有無について記録してください。 Check your body temperature twice a day and record it below. Further, select your answer of the following symptoms.												
日付		時刻	体温		咳	息切れ	痰	喉の痛み	鼻水	筋肉痛	頭痛	下痢・おう吐
date		time	body temperature		Cough	Shortness of breath	Sputum	Sore throat	Runny nose	Muscle aches	head aches	Diarrhoea/ Nausea
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								
	朝			°C								
	夜			°C								