

健康観察シート（同意書）

本健康観察シートは、敬愛学園高等学校令和4年度入学者選抜試験において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、受験者及びその付き添い者の健康状態を確認することを目的としています。

本健康観察シートに記入いただいた個人情報については、本校が適切に取り扱い、受験者の健康状態の把握、試験当日の受験可否の判断及び必要な連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし、受験会場で感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

◎基本情報				
受験番号		ふりがな 氏 名		
中学校名	立 中学校			
緊急連絡先	(試験当日保護者に連絡のつく電話番号)			
試験当日の体温		度	分	
◎試験当日の健康状態 ※該当する場合には「✓」を記入してください。 アからオの全ての項目に「✓」の記入がない場合は次回試験日程となる場合があります。				
ア	平熱を超える発熱がない		エ	嗅覚や味覚の異常がない
イ	咳（せき）、のどの痛みなどの風邪症状がない		オ	体が重く感じる、疲れやすい等がない
ウ	だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない			
◎試験2週間前からの健康状態 ※該当する場合には「✓」を記入してください。				
A	上記アからオの全てに該当する			
B	上記A以外の場合、具体的な内容を記入してください。 (例 3日前に発熱(37度5分以上)があり、医師に風邪の診断を受け、薬の服用で熱が下がった)			

敬愛学園高等学校長 様

令和 5年 月 日

同 意 書

健康観察シートに同意します。

氏 名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

(自書または押印)

○入学者選抜試験当日に持参してください。