

健康観察記録票
Health Observation Record Sheet

【新型コロナウイルス感染症】
[New Coronavirus Infectious Disease (COVID-19)]

学籍番号(受験番号) Student number (Examinees' number) 職員番号 Staff number	ふりがな 氏名 Name	所属学部等 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	<input type="checkbox"/> あり →病名 () YES Details	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり →病名 () YES Details	<input type="checkbox"/> なし NO

※1ヶ月以内の渡航歴がある方は記入してください
Please fill in if you have traveled overseas within one month

国名・都市名 () 期間 (~)
Country/City Period

帰国前の発熱や咳など風邪症状の有無 あり → (詳細) なし
Whether you had a symptoms of cold before returning YES Details NO

健康観察を続け、以下に記録してください。該当する症状に○印をつけてください。
Please keep your health observation and record it below. Circle the relevant symptoms.

症状など Symptoms	月日 Date	月 日 M D											
		午前AM	午後PM										
体温(°C) Body temperature													
体のだるさ(倦怠感) Malaise													
咳 Cough													
息苦しさ Feeling of dyspnea													
鼻水・鼻づまり Nasal discharge/snuffle													
のどの痛み Sore throat													
頭痛 Headache													
吐き気・嘔吐 Nausea/vomiting													
下痢 Diarrhea													
その他 Others													
症状など Symptoms	月日 Date	月 日 M D											
		午前AM	午後PM										
体温(°C) Body temperature													
体のだるさ(倦怠感) Malaise													
咳 Cough													
息苦しさ Feeling of dyspnea													
鼻水・鼻づまり Nasal discharge/snuffle													
のどの痛み Sore throat													
頭痛 Headache													
吐き気・嘔吐 Nausea/vomiting													
下痢 Diarrhea													
その他 Others													

※本記録票に記載いただいた情報は、健康管理の目的以外には使用いたしません。プライバシーは厳守いたします。