

## 健康診断・検診・検査を受診される方へ

※健診当日は、必ずマスクの着用をお願いいたします。

※ご記入の上、受付職員に提出してください。

受診日 令和 年 月 日

学校名	新潟大学 ( )		
ふりがな 氏 名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日	男 ・ 女
電話番号 (必要時当財団から連絡してよい 番号をご記入ください。)	Tel.		

■本日の体温は  度です。

■該当するところをチェックしてください。

- 本日の体温は、37.5 度以上ですか？ ( はい ・ いいえ )
- ここ 2～3 週間で 37.5 度以上の発熱が 3～4 日以上続いていましたか？  
または、今も続いていますか？  
(\*解熱剤を服用し、熱が下がった場合も  
発熱があったとみなします。) ( はい ・ いいえ )
- 咳が、出ていますか？ ( はい ・ いいえ )
- 強いだるさや息苦しさが、ありますか？ ( はい ・ いいえ )
- 嗅覚や味覚の異常が、ありますか？ ( はい ・ いいえ )
- 約 2 週間以内に感染者が多い地域 (首都圏、関西圏、中京圏、福岡、沖縄など)  
に行かれましたか？ ( はい ・ いいえ )

はいの場合は、具体的に記入してください。

※上記項目に該当がある方は、健康診断・検診・検査をご遠慮いただく場合があります。  
何とぞご理解のほど、よろしくお願いいたします。