

令和5年度 新潟県公立高等学校入学者選抜
健康状態チェックリスト（本検査）

【受検者は、入学者選抜検査当日朝に記入し、受検票とともに持参してください。】

記入日	令和 年 月 日
受検番号	番
氏名	
出身中学校	立 学校
保護者氏名	(自署)

※ 志願者が満18歳以上の場合は、保護者氏名の記入を不要とします。

■ 入学者選抜検査当日朝の検温結果を記入してください。

検査当日朝の体温	. °C
----------	------

■ 健康状態を確認し、「いいえ」または「はい」を○で囲んでください。

A	高熱の症状がある（検査当日朝の体温が 38.0℃以上）	いいえ	はい
	息苦しさ（呼吸困難）がある	いいえ	はい
	強いだるさ（倦怠感）がある	いいえ	はい
B	発熱の症状がある（検査当日朝の体温が 37.5℃以上）	いいえ	はい
	せきの症状がある	いいえ	はい
	のどの違和感や、咽頭痛（のどの痛み）がある	いいえ	はい

◎ A欄に1項目以上又はB欄に2項目以上該当する場合は、他の受検者や監督者等の安全確保のため受検できませんが、追検査の対象となります。保護者が中学校長に連絡し、検査当日の午前10時までに中学校長から志願先高等学校に連絡してください。

◎ A欄に該当がなく、かつB欄に1項目該当する場合は、別室での受検となります。事前の連絡は不要ですが、受検会場において職員の指示に従ってください。

※ 高等学校使用欄