

(中学校配布用)

## 令和4年度佐賀県立高等学校入学者選抜 健康チェックリスト

日 時	受検番号	志願者氏名	在籍学校名
令和 年 月 日			

学力検査当日の朝に、志願者は次の確認項目のチェック欄の自己確認をすること。

※ 各項目の「はい」か「いいえ」のいずれかの□に✓を記入してください。

確認項目		チェック	
A	過去10日間以内に新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触歴がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
B	発熱の症状がある（37.5度以上）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	息苦しさ（呼吸困難）がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	強いだるさ（倦怠感）がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
C	味を感じない（味覚障害）、又は臭いを感じない（嗅覚障害）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咳の症状が続いている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咽頭痛が続いている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	下痢をしている（持病や食あたりなどを除く）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去10日間以内に、同居している者で医療機関を受診して新型コロナウイルス感染症の罹患が疑われ、かつ、その疑いが否定されていないまま症状が続いている者がいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去10日間以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域等の在住者との濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

チェック後の対応(別紙フロー図を参照)

- 1 A～C欄のすべての「いいえ」に✓が入る場合  
→ 予定どおりの受検(フロー図の「対応1」)。  
ただし、マスク着用が不可であったり基礎疾患等があったりする場合は別室での受検(フロー図の「対応2」)。
- 2 A欄の「はい」に✓が入り、B欄とC欄のすべての「いいえ」に✓が入る場合  
→ 別室での受検(フロー図の「対応2」)。本リストを志願先高校に提出。
- 3 A欄の「いいえ」に✓が入り、B欄とC欄の「はい」のいずれかに1項目以上✓が入る場合  
→ 別室での受検(フロー図の「対応2」)。本リストを志願先高校に提出。
- 4 A欄の「はい」に✓が入り、かつB欄1項目以上、又はC欄で2項目以上に該当する場合  
→ 受検不可(フロー図の「対応3」)。この場合は、速やかに中学校に連絡すること。ただし、基礎疾患や本人の体質によるものなど新型コロナウイルス感染症以外の原因が推測されるものは、別室での受検(「対応2」)。

(高等学校当日対応用)

令和4年度佐賀県立高等学校入学者選抜  
健康チェックリスト

日	時	受検番号	志願者氏名	在籍学校名
令和	年			
	月			
	日			
	時			
	分			

【チェック欄は、志願者本人が記入しても構いませんが、必ず保健室担当者による内容の確認を受けてください。】

確認項目		チェック	
A	過去10日間以内に新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触歴がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
B	発熱の症状がある(37.5度以上)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	息苦しさ(呼吸困難)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	強いだるさ(倦怠感)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
C	味を感じない(味覚障害)、又は臭いを感じない(嗅覚障害)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咳の症状が続いている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咽頭痛が続いている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	下痢をしている(持病や食あたりなどを除く)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去10日間以内に、同居している者で医療機関を受診して新型コロナウイルス感染症の罹患が疑われ、かつ、その疑いが否定されていないまま症状が続いている者がいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去10日間以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域等の在住者との濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※持病や本人の体質によるものなど新型コロナウイルス感染症以外の原因が推測されるものは除く。

・ **新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触歴があり、かつB欄で1項目以上、又は、C欄で2項目以上に該当する場合は、検査会場の感染症対策のため、本日の学力検査等を受けることはできません。一般選抜の場合、追検査の受検申請をすることになります。**

・ **該当しない場合で、体調回復後、志願者が希望する場合は、本日の検査を引き続き受けることができます。**

(その他の症状)※上記確認項目以外の症状を記入してください。

確認者氏名： \_\_\_\_\_

注) 本紙は、追検査の受検申請をする場合に必要な資料として取り扱います。

本部 記入欄	受検を継続		追検査受検申請(帰宅)	
	別室	当初検査室	あり	なし