

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 | 現在、濃厚接触者である。 | <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 |

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」）。本リストを志願先高校に提出する必要はない。
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「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。
- 3 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
→ 濃厚接触者（フロー図の「濃厚接触者「陰性、無症状」」）。本リストを志願先高校（一般選抜の場合は指定された検査場）に提出。事前に濃厚接触者であることが分かっている場合には、関係申請書を中学校長に提出すること。
- 4 A欄の「はい」に✓が入り、かつB欄とC欄の「はい」のいずれかに1項目以上✓が入る場合
→ 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。なお、一般選抜でこれに該当する場合には、追検査に申請することができる。

(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 | 現在、濃厚接触者である。 | <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 |

※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。

- ・濃厚接触者であり、かつB欄とC欄の「はい」のいずれかに1項目以上✓が入る場合は、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ができます。
- ・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 | |
| | | | | | |