

採用試験に際しての事前チェックリスト

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属施設 _____ 氏名 _____

新型コロナワクチン接種歴： 有 無
↳ 最終接種（ 回目： 月 日）

※過去 1 週間以内の行動などについて回答をお願いいたします。

以下の項目のいずれかに☑有がある場合は、原則として受験は許可しません。

該当項目に☑をつける。	
1 週間以内に発熱（37.0℃以上）したことがあった <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ① 月 日 ~ 月 日に _____ °C ② 受診： <input type="checkbox"/> 有（ 月 日）、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名： _____ ④ 検査： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（ 月 日）→結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ④で有の場合、検査の種類： <input type="checkbox"/> PCR、 <input type="checkbox"/> 抗原定性、 <input type="checkbox"/> 抗原定量	
1 週間以内に呼吸器症状があった（咳嗽、痰、咽頭痛など） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ① 月 日 ~ 月 日に症状 _____ ② 受診： <input type="checkbox"/> 有（ 月 日）、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名： _____ ④ 検査： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（ 月 日）→結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ④で有の場合、検査の種類： <input type="checkbox"/> PCR、 <input type="checkbox"/> 抗原定性、 <input type="checkbox"/> 抗原定量	
1 週間以内に味覚、嗅覚異常の出現があった <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ① 月 日 ~ 月 日に症状 _____ ② 受診： <input type="checkbox"/> 有（ 月 日）、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名： _____ ④ 検査： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（ 月 日）→結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ④で有の場合、検査の種類： <input type="checkbox"/> PCR、 <input type="checkbox"/> 抗原定性、 <input type="checkbox"/> 抗原定量	
1 週間以内に COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （防護具なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触）	
1 週間以内に待機期間を要請されている人と接触した <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
1 週間以内に発熱・呼吸器症状のある人と接触した <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	