

令和4年度 新潟県立特別支援学校入学者選考  
健康状態チェックリスト

【保護者が入学者選考日の当日朝に記入し、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				
在籍する学校	立		学校	
保護者氏名	(自署)			

■ 入学者選考日の当日朝の検温結果を記入してください。

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	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
	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	味を感じない（味覚障害がある）	いいえ	はい
	臭いを感じない（嗅覚障害がある）	いいえ	はい
	咳の症状が続いている	いいえ	はい
	咽頭痛（のどの痛み）が続いている	いいえ	はい
	下痢をしている（持病や食あたりなどを除く）	いいえ	はい

◎ A欄に1つ以上又はB欄に2つ以上該当する項目がある場合は、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。保護者が在籍校に連絡し、在籍校から入学者選考会場校に連絡してください。

◎ 上記以外の場合は、別室での受検となります。受検会場において職員の指示に従ってください。

※ 入学者選考会場校使用欄