

# 日本大学三軒茶屋キャンパス 健康観察シート

氏名 \_\_\_\_\_

提出日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
連絡先 \_\_\_\_\_

新型コロナウイルス感染症対策のため、三軒茶屋キャンパスを見学または、進学相談をご予約された方は、本用紙に見学希望日を含む8日間の健康状況を記入して、当日ご持参ください。なお、記入の内容によっては、当日お断りさせていただきます。

また、記入された健康観察シートにて収集する個人データについては、日本大学個人情報取扱規程を遵守し、入構の可否判断および必要な連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められている場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。

1

日 付		月		日
検温結果	午前：		午後：	
健康状態	<input type="checkbox"/>	異状なし		
	<input type="checkbox"/>	強い倦怠感（体のだるさ）がある		
	<input type="checkbox"/>	咳が出る		
	<input type="checkbox"/>	呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）		
	<input type="checkbox"/>	胸部に違和感がある		
	<input type="checkbox"/>	のどが痛い（咽頭痛）がある		
	<input type="checkbox"/>	鼻水が出る		
	<input type="checkbox"/>	食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	においを感じない（嗅覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	頭痛がある		
	<input type="checkbox"/>	腹痛がある		
	<input type="checkbox"/>	筋肉や関節の痛みがある		
	<input type="checkbox"/>	その他の症状がある（ _____ ）		

2

日 付		月		日
検温結果	午前：		午後：	
健康状態	<input type="checkbox"/>	異状なし		
	<input type="checkbox"/>	強い倦怠感（体のだるさ）がある		
	<input type="checkbox"/>	咳が出る		
	<input type="checkbox"/>	呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）		
	<input type="checkbox"/>	胸部に違和感がある		
	<input type="checkbox"/>	のどが痛い（咽頭痛）がある		
	<input type="checkbox"/>	鼻水が出る		
	<input type="checkbox"/>	食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	においを感じない（嗅覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	頭痛がある		
	<input type="checkbox"/>	腹痛がある		
	<input type="checkbox"/>	筋肉や関節の痛みがある		
	<input type="checkbox"/>	その他の症状がある（ _____ ）		

3

日 付		月		日
検温結果	午前：		午後：	
健康状態	<input type="checkbox"/>	異状なし		
	<input type="checkbox"/>	強い倦怠感（体のだるさ）がある		
	<input type="checkbox"/>	咳が出る		
	<input type="checkbox"/>	呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）		
	<input type="checkbox"/>	胸部に違和感がある		
	<input type="checkbox"/>	のどが痛い（咽頭痛）がある		
	<input type="checkbox"/>	鼻水が出る		
	<input type="checkbox"/>	食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	においを感じない（嗅覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	頭痛がある		
	<input type="checkbox"/>	腹痛がある		
	<input type="checkbox"/>	筋肉や関節の痛みがある		
	<input type="checkbox"/>	その他の症状がある（ _____ ）		

4

日 付		月		日
検温結果	午前：		午後：	
健康状態	<input type="checkbox"/>	異状なし		
	<input type="checkbox"/>	強い倦怠感（体のだるさ）がある		
	<input type="checkbox"/>	咳が出る		
	<input type="checkbox"/>	呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）		
	<input type="checkbox"/>	胸部に違和感がある		
	<input type="checkbox"/>	のどが痛い（咽頭痛）がある		
	<input type="checkbox"/>	鼻水が出る		
	<input type="checkbox"/>	食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	においを感じない（嗅覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	頭痛がある		
	<input type="checkbox"/>	腹痛がある		
	<input type="checkbox"/>	筋肉や関節の痛みがある		
	<input type="checkbox"/>	その他の症状がある（ _____ ）		

5

日 付		月		日
検温結果	午前：		午後：	
健康状態	<input type="checkbox"/>	異状なし		
	<input type="checkbox"/>	強い倦怠感（体のだるさ）がある		
	<input type="checkbox"/>	咳が出る		
	<input type="checkbox"/>	呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）		
	<input type="checkbox"/>	胸部に違和感がある		
	<input type="checkbox"/>	のどが痛い（咽頭痛）がある		
	<input type="checkbox"/>	鼻水が出る		
	<input type="checkbox"/>	食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	においを感じない（嗅覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	頭痛がある		
	<input type="checkbox"/>	腹痛がある		
	<input type="checkbox"/>	筋肉や関節の痛みがある		
	<input type="checkbox"/>	その他の症状がある（ _____ ）		

6

日 付		月		日
検温結果	午前：		午後：	
健康状態	<input type="checkbox"/>	異状なし		
	<input type="checkbox"/>	強い倦怠感（体のだるさ）がある		
	<input type="checkbox"/>	咳が出る		
	<input type="checkbox"/>	呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）		
	<input type="checkbox"/>	胸部に違和感がある		
	<input type="checkbox"/>	のどが痛い（咽頭痛）がある		
	<input type="checkbox"/>	鼻水が出る		
	<input type="checkbox"/>	食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	においを感じない（嗅覚障害）		
	<input type="checkbox"/>	頭痛がある		
	<input type="checkbox"/>	腹痛がある		
	<input type="checkbox"/>	筋肉や関節の痛みがある		
	<input type="checkbox"/>	その他の症状がある（ _____ ）		

7

日付	月	日
検温結果	午前：	午後：
健康状態	<input type="checkbox"/> 異状なし	
	<input type="checkbox"/> 強い倦怠感（体のだるさ）がある	
	<input type="checkbox"/> 咳が出る	
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）	
	<input type="checkbox"/> 胸部に違和感がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い（咽頭痛）がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）	
	<input type="checkbox"/> においを感じない（嗅覚障害）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	<input type="checkbox"/> 筋肉や関節の痛みがある	
	<input type="checkbox"/> その他の症状がある（ ）	

8

日付	月	日
検温結果	午前：	午後：
健康状態	<input type="checkbox"/> 異状なし	
	<input type="checkbox"/> 強い倦怠感（体のだるさ）がある	
	<input type="checkbox"/> 咳が出る	
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）	
	<input type="checkbox"/> 胸部に違和感がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い（咽頭痛）がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）	
	<input type="checkbox"/> においを感じない（嗅覚障害）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	<input type="checkbox"/> 筋肉や関節の痛みがある	
	<input type="checkbox"/> その他の症状がある（ ）	

9

日付	月	日
検温結果	午前：	午後：
健康状態	<input type="checkbox"/> 異状なし	
	<input type="checkbox"/> 強い倦怠感（体のだるさ）がある	
	<input type="checkbox"/> 咳が出る	
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）	
	<input type="checkbox"/> 胸部に違和感がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い（咽頭痛）がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）	
	<input type="checkbox"/> においを感じない（嗅覚障害）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	<input type="checkbox"/> 筋肉や関節の痛みがある	
	<input type="checkbox"/> その他の症状がある（ ）	

10

日付	月	日
検温結果	午前：	午後：
健康状態	<input type="checkbox"/> 異状なし	
	<input type="checkbox"/> 強い倦怠感（体のだるさ）がある	
	<input type="checkbox"/> 咳が出る	
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）	
	<input type="checkbox"/> 胸部に違和感がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い（咽頭痛）がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）	
	<input type="checkbox"/> においを感じない（嗅覚障害）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	<input type="checkbox"/> 筋肉や関節の痛みがある	
	<input type="checkbox"/> その他の症状がある（ ）	

11

日付	月	日
検温結果	午前：	午後：
健康状態	<input type="checkbox"/> 異状なし	
	<input type="checkbox"/> 強い倦怠感（体のだるさ）がある	
	<input type="checkbox"/> 咳が出る	
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）	
	<input type="checkbox"/> 胸部に違和感がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い（咽頭痛）がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）	
	<input type="checkbox"/> においを感じない（嗅覚障害）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	<input type="checkbox"/> 筋肉や関節の痛みがある	
	<input type="checkbox"/> その他の症状がある（ ）	

12

日付	月	日
検温結果	午前：	午後：
健康状態	<input type="checkbox"/> 異状なし	
	<input type="checkbox"/> 強い倦怠感（体のだるさ）がある	
	<input type="checkbox"/> 咳が出る	
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）	
	<input type="checkbox"/> 胸部に違和感がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い（咽頭痛）がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）	
	<input type="checkbox"/> においを感じない（嗅覚障害）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	<input type="checkbox"/> 筋肉や関節の痛みがある	
	<input type="checkbox"/> その他の症状がある（ ）	

13

日付	月	日
検温結果	午前：	午後：
健康状態	<input type="checkbox"/> 異状なし	
	<input type="checkbox"/> 強い倦怠感（体のだるさ）がある	
	<input type="checkbox"/> 咳が出る	
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）	
	<input type="checkbox"/> 胸部に違和感がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い（咽頭痛）がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）	
	<input type="checkbox"/> においを感じない（嗅覚障害）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	<input type="checkbox"/> 筋肉や関節の痛みがある	
	<input type="checkbox"/> その他の症状がある（ ）	

14

日付	月	日
検温結果	午前：	午後：
健康状態	<input type="checkbox"/> 異状なし	
	<input type="checkbox"/> 強い倦怠感（体のだるさ）がある	
	<input type="checkbox"/> 咳が出る	
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい・息切れがある（呼吸困難）	
	<input type="checkbox"/> 胸部に違和感がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い（咽頭痛）がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物や飲み物の味を感じない（味覚障害）	
	<input type="checkbox"/> においを感じない（嗅覚障害）	
	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	<input type="checkbox"/> 筋肉や関節の痛みがある	
	<input type="checkbox"/> その他の症状がある（ ）	