

# 健康観察票

公益社団法人全国経理教育協会主催		
第_____回 ( _____ ) 検定・認定試験		
受験番号	受験者氏名	当日の体温 (受験票にも記入)
		℃

検定試験当日までの2週間における健康状態 (該当するものに☑をお願いします)  
1つ以上該当する場合は受験をご遠慮いただく場合がございます。

<input type="checkbox"/> 咳がある	*コロナ後遺症の場合罹患日 ( / )
<input type="checkbox"/> 味がしない、においがしない	*コロナ後遺症の場合罹患日 ( / )

<input type="checkbox"/> 現在、新型コロナウイルスの陽性者である
<input type="checkbox"/> 濃厚接触者の疑いがある、または、健康観察の対象者である
<input type="checkbox"/> 所属の学校、企業、団体などで新型コロナウイルスの陽性者がでて自身が濃厚接触者かどうかまだ判明していない
<input type="checkbox"/> いつもの体温と比べて発熱がある
<input type="checkbox"/> のどの痛みや、息苦しさ、強いだるさがある
<input type="checkbox"/> 風邪の症状が続いていたり、その他、体調が悪い
<input type="checkbox"/> 下痢をしている (持病や食あたりなどを除く)
<input type="checkbox"/> 2週間以内に海外渡航歴がある
<input type="checkbox"/> 同居者や身近な知人に感染が疑われる者がいる
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス陽性と診断されている人と2週間以内にあった
<input type="checkbox"/> 同居する人が上記の各項目にあてはまる

※個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。  
ただし、感染症患者またはその疑いがある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所等に情報を提供することがあります。

※本票は、2週間保管し、期日経過後は責任をもって適切に廃棄処分いたします。

ご理解・ご協力をいただき、ありがとうございます。