

柏木学園高等学校入学者選抜

# 健康調査票

※ この用紙に必要事項を記入し、受験日当日、会場に持参してください。

受験日	令和 年 月 日 ( )
中学校名	立 中学校
本人氏名	
受験番号	
受験コース (該当するコースに○)	アドバンスコース    スタンダードコース    情報コース

受験日当日の体温、平熱を記入してください。

本日の体温	℃ (検温時刻 時 分)
平熱	℃

受験日当日の健康状態についてお答えください。

(該当する方に☑)

自宅で検温し、37.5℃以上の発熱がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
咳・のどの痛みを伴うかぜ症状がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
息苦しさ（呼吸困難）や強いだるさ（倦怠感）のいずれかがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
味覚異常や嗅覚異常の症状がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 1つでも「はい」に当てはまる項目がある人は、無理をせず自宅で休養することとし、本日の受験を見合わせるとともに、本校と在籍している中学校に連絡してください。

連絡先 柏木学園高等学校  
神奈川県大和市深見西 4-4-22  
電話 046-260-9011