

問診票

☆以下の項目にご記載のうえ、試験日にご持参ください。

氏名

体温（2週間計測して、記録してください）						
6月27日	6月28日	6月29日	6月30日	7月1日	7月2日	7月3日
℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
7月4日	7月5日	7月6日	7月7日	7月8日	7月9日	7月10日
℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

症状（2週間以内）	該当するものにチェック
特に症状なし	
咳	
鼻汁	
咽頭痛	
呼吸苦	
息切れ	
消化器症状	
味覚異常	
嗅覚異常	
その他	