

令和4年度 岩手保健医療大学卒業式 修了式 問診票

【保護者用】

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、以下の項目について確認させていただきます。
ひとつでも該当する項目がある場合は、参加をお断りさせていただきます。ご理解いただきますようお願いいたします。

本日下記に該当する症状・項目はありますか

①	発熱（37.5度以上）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
②	息切れ・痰・呼吸困難・強い倦怠感	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
③	下痢・嘔吐・嘔気	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
④	感覚障害【味覚・嗅覚】	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
⑤	過去1週間以内に、新型コロナウイルス感染症陽性とされた方やその疑いがある方との濃厚接触歴	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし

※全て「なし」へチェックが付いていることを確認してください。

※当日必ず持参してください。

保護者氏名 _____

卒業生氏名 _____

住 所 _____

連 絡 先 _____

※本式典で感染が確認された場合は、調査機関の求めに応じ情報を提供することがあります。ただし、本目的以外の使用はいたしません。