

自己申告書 A

記入年月日：令和3年 月 日

奈良教育大学長 殿

(志願者本人(自署))

氏名 _____

連絡先(自宅又は携帯) _____

下記のとおり申告いたします。

なお、本申告書に記載した内容は、事実と相違ありません。

- 新型コロナウイルス感染症に罹患し、入院中又は自宅や宿泊施設で療養中
入院又は療養期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日(見込み)
※この期間に、入学試験日(9月5日)が含まれていることを要します。
- 健康状態チェックリスト(下表)による確認の結果、A欄で1項目以上又はB欄で2項目以上該当

下表の確認項目ごとに、「確認結果」の欄にそれぞれチェックしてください。

【健康状態チェックリスト】

	確認項目	確認結果	
A	発熱の症状がある(37.5度以上) 〔 度〕←検温結果を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	息苦しさ(呼吸困難)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	強いだるさ(倦怠感)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
B	味を感じない(味覚障害がある)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	臭いを感じない(嗅覚障害がある)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咳の症状が続いている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	咽頭痛が続いている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	下痢をしている(持病や食あたりなど新型コロナウイルス感染症以外の原因が推測されるものを除く)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去2週間以内に、同居している者で医療機関を受診して新型コロナウイルス感染症の罹患が疑われ、かつ、その疑いが否定されないまま症状が続いている者がいる、又は、過去2週間以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域等の在住者との濃厚接触(1m程度以内で15分以上接触)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ