

令和2年（2020年）11月27日  
大 分 大 学

医学部医学科第2年次編入学  
第3次選抜受験者 各位

12月3日に実施する医学部医学科第2年次編入学第3次選抜について

標記の件について、令和2年10月29日に改定された「令和3年度大学入学者選抜に係る新型コロナウイルス感染症に対応した試験実施ガイドライン」（文部科学省）等を踏まえ、別紙のとおり、受験者への要請事項を一部変更するとともに、試験当日に発熱・咳等の症状のある受験者及び体調不良を申し出た受験者の取扱いを定めましたのでお知らせします。

# 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のための 受験者への要請事項

試験場における感染拡大を防止し、受験者が安心して受験できる環境を確保するために、受験者は以下の事項に留意してください。なお、今後の感染状況によっては、下記の内容を変更する場合がありますので、本学のホームページで最新の情報を必ず確認してください。

## 1. 試験当日までの過ごし方

### ①「新しい生活様式」等の実践

日頃から、手洗い・手指消毒、咳エチケットの徹底、身体的距離の確保、「三つの密」の回避などを行うとともに、バランスのとれた食事、適度な運動、休養、睡眠など体調管理に心がけてください。

### ②ワクチン接種

新型コロナウイルス以外の疾患の罹患等のリスクを減らすため、インフルエンザワクチン等の予防接種を検討してください。

### ③医療機関での受診

発熱・咳等の症状がある場合はあらかじめ医療機関での受診を行ってください。

## 2. 受験の取り止めについて

### ①受験できない者

次の者は受験できません。

- ・新型コロナウイルスに罹患し、試験日までに医師が治癒したと診断していない者
- ・試験当日、保健所等から濃厚接触者に該当するとされている者

※第3次選抜ではグループディスカッションを実施するため、無症状であっても濃厚接触者は受験できません。

### ②受験の取り止めの検討について

次の者は受験の取り止めを検討してください。

- ・試験の前から継続して発熱・咳等の症状がある者
- ・発熱・咳等の症状があり、試験当日の検温で、37.5度以上の発熱がある者

### 3. 試験当日における留意点

#### ①検温について

試験当日の朝、必ず受験者自身で検温を行ってください。

#### ②症状がある場合

発熱や咳等の症状のある受験者は、試験室への入室前にその旨を、試験場本部（医学・病院事務部学務課）に申し出てください。

#### ③マスクの着用等について

症状の有無にかかわらず、各自マスクを持参し、試験場では、試験監督者等の指示がある場合以外は面接中も常に着用してください。休憩時間等における他者との接触、会話は極力控えてください。

なお、何らかの事情により、マスクを着用することができない方は、12月2日（水）12：00 までに必ず学生支援部入試課までお電話ください。

【TEL：097－554－7471】

#### ④入退室時の手指等の消毒について

試験室入口に手指消毒液を設置していますので、入退室の際は必ず消毒をしてください。

#### ⑤服装について

試験室の換気のため窓の開放等を行う時間帯がありますので、上着などを持参してください。

#### ⑥大学構内への立ち入りについて

送迎を除き、受験者及び本学教職員以外の大学構内への立ち入りを禁止します。また、保護者、付添者等が送迎のために入構する場合は、受験者の乗降後、速やかに退構してください。（大学構内での待機は禁止します。）

## 試験当日に発熱・咳等の症状のある受験者及び 体調不良を申し出た受験者の取扱いについて

試験当日に発熱・咳等の症状のある受験者及び体調不良を申し出た受験者については、  
「令和３年度大分大学入学者選抜試験 健康状態チェックリスト」により症状等を確認する  
こととし、その結果により下記のとおり取り扱うこととします。

なお、追試験は行いません。

### 記

○A 欄で１項目以上、又は、B 欄で２項目以上該当する者・・・・・・受験不可

○上記以外の者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・受験可

# 令和3年度大分大学入学者選抜試験 健康状態チェックリスト

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 令和   年      月      日      時      分                                                                                |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>受験番号 _____</span> <span>氏名 _____</span> </div> |

【確認結果のチェック欄は、必ず医師又は看護師が記入してください。】

|   | 確認項目                                                                                                                                                      | 確認結果                        |                              |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| A | 発熱の症状がある（37.5 度以上）<br>〔                  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 |



- ・ A 欄で 1 項目以上、又は、B 欄で 2 項目以上該当する場合は、当該受験者だけではなく他の受験者や試験監督者等の安全確保のため、本日の試験を受けることはできません。
- ・ 該当しない場合で、体調回復後、受験者が希望する場合は、本日の試験を引き続き受けることができます。

|                                 |
|---------------------------------|
| （その他の症状）※上記の確認項目以外の症状を記入してください。 |
|---------------------------------|

確認者名（自署）： \_\_\_\_\_

※必ず医師又は看護師のご署名をお願いします。

| 試験場本部<br>記入欄 | 帰宅 | 継続受験 |
|--------------|----|------|
|              |    |      |