

かがわドリームスポーツ教室 健康チェックシート

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、事前にすべてご記入の上、受付時に必ずご提出ください。
内容によっては、参加をお断りする場合がありますので、予めご了承ください。

1. 参加当日の体温

本日の体温	本日の体調
℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調

2. 開催日前14日以内について、以下の質問にお答えください。

質問	回答
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下のリストに該当する症状はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

症状リスト(上記ではいと回答した場合は、○を付けてください。)

- ① 平熱を超える発熱(おおむね37度5分以上) ②咳 ③のどの痛み ④倦怠感(だるさ)
⑤ 息苦しさ ⑥嗅覚や味覚の異常 ⑦その他()

3. その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。

--

※記入いただいた内容は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、当事業において参加者の健康状態の把握、開催・参加可否の判断および必要な連絡調整のために使用します(書類は一定期間保管した後、破棄します)。
なお、感染者またはその疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所・行政機関等に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

令和 年 月 日

所属(チーム名・学校名): _____ 氏名: _____

連絡先(指導者・観覧者をご記入ください): _____

ご協力ありがとうございました。