

体調管理チェックシート

使 用 日 時	年 月 日 時 分 ～ 時 分
団 体 名	小 金 井 4 S C
氏 名 年 齢	(歳)
住 所	
連絡先 (電話番号)	
使用当日の体温	℃ <input type="checkbox"/> 平熱です。

施設使用前2週間において、以下の事項に該当がある場合には「はい」に、該当がない場合には「いいえ」にチェックを入れ、管理指導員に提出してください。

項目	はい	いいえ
平熱を超える発熱があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳 (せき)、のどの痛みなど風邪の症状があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
だるさ (倦怠 (けんたい) 感)、息苦しさ (呼吸困難) があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嗅覚や味覚の異常があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体が重く感じる、疲れやすい等の症状があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去 14 日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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 「はい」にチェックが入っている場合には、新型コロナウイルス感染症の感染拡大予防のため、施設使用ができませんので、御了承ください。

※ 御記入いただきました個人情報は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止する目的のみで利用いたします。

また、記載内容については、万が一、感染者が判明し、保健所等の公的機関から依頼があった場合は、提供することがあります。あらかじめ、御承知おき願います。