

体調チェック報告シート

新型コロナウイルス感染症の拡大防止対策として、全ての項目について記入し、署名したうえで、受付時に必ず提出してください。提出しない場合は、参加を取り消すことがあります。また、体調によっては、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. 参加者の氏名・連絡先

氏名	(才)	電話番号	
住所			

2. 参加者の氏名・連絡先

平熱	本日の体温	本日の体調
°C	°C (時 分計測)	(いずれかをチェック) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調

3. 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
ア. 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
イ. 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
ウ. 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
エ. 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】該当する症状に「○」を付けてください。 ①平熱を超える発熱 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（ ）	

4. 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、当該講習会等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、適切に破棄します）。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ので、予めご了承ください。

上記の記述は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

署名 (保護者代筆可)