

# 健康確認チェック表

氏名		年齢	
----	--	----	--

住所・連絡先について申込時より 変更あり ・ 変更なし（どちらかに○してください。）

※変更ありの場合のみ、ご記入ください。

住所	
連絡先	(自宅)
	(携帯)

・日時:令和 年 月 日 ( 曜日)

・スポーツ講習

( 卓球 ・ バスケットボール ・ バレーボール ・ 全スポ競技 )

1)問診票(当てはまる□に✓を記入してください。)

◎内容は現在および1週間以内のことについて記入してください。

平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> なし	( <input type="checkbox"/> あり °C )
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> なし	( <input type="checkbox"/> あり 症状 )
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> なし	( <input type="checkbox"/> あり 症状 )
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> なし	( <input type="checkbox"/> あり 症状 )
体を重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
利用日から3日以内に陽性者が出た団体活動への参加	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
感染リスクが高い行動(大人数での長時間会食を行う、混雑した場所に入出入りするなど)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

## 2)基本的な感染対策

1. 催しの主催者が属する団体や業種に新型コロナウイルス対策ガイドラインがある場合には、そのガイドラインに沿った対策を徹底してください。
2. 「3密」だけでなく一つの「密(密閉、密集、密接)」を避けてください。
3. 大声での、発声、歌唱や声援、又は近接した距離での会話等は控えてください。
4. 適切な感染防止対策(入場者の制限や誘導、手指及び用具の消毒、室内の換気等)を講じ、拡大防止に努めてください。
5. マスクの着用については、基本的に個人の判断に委ねます。  
高齢者等重症化リスクの高い方への感染を防ぐため、マスクの着用が効果的な場面(重症化リスクの高い方が混雑した場所で活動する等)では、マスクの着用を推奨します。
6. 参加者全員の連絡先を把握し、感染が発生した場合、センターへの連絡及び行政機関による調査への協力をお願いします。