

## 健康確認チェック表

氏名		年齢	
住所			
連絡先	(自宅)		
	(携帯)		

・日時:令和2年11月29日 日曜日

・イベント名:しまなみサイクリング大会

・問診票(当てはまる口に✓を記入してください。)  
◎内容は現在および2週間以内のことについて記入してください。

本日の体温	℃	
平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり(           ℃   )	<input type="checkbox"/> なし
咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり(症状:           )	<input type="checkbox"/> なし
だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> あり(症状:           )	<input type="checkbox"/> なし
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり(症状:           )	<input type="checkbox"/> なし
体を重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり(症状:           )	<input type="checkbox"/> なし
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の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

「コロナ禍でのサイクリングマナー」及び「スポーツイベント開催・実施時の感染防止策チェックリスト(参加者向け)」内容を確認し、順守して活動します。

(自署)

※自署が難しい場合は代筆可。