

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3年11月28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□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の方との濃厚接触 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 感染拡大地域との往来又は該当地域の方との濃厚接触 | <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 | <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。