

## 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asketボール ・ バレーボール ・ サッカー )

・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。

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(症状:      )

(注意事項)

- 1.マスクの着用、手洗い、手指消毒を徹底して下さい。
- 2.他の利用者の方と1m以上の距離を保つようにして下さい。
- 3.県外往来のある方は、感染が減少していない地域もあるので、行動に十分注意して下さい。
- 4.体調不良の際には、職員に報告して下さい。

(自署)

自署が難しい場合は代筆可。

主催者チェック欄

--