

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4年9月25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"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(℃)
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.体調不良の際には、職員に報告して下さい。
- 4.1週間以内に感染リスクの高い行動をとった方や体調のすぐれない方は、参加を控えて下さい。

(自署)

自署が難しい場合は代筆可。

主催者チェック欄

--