健康チェックシート

所属県連		氏名		電話番号	

新型コロナウィルス感染症の感染防止のため、事前にすべてご記入のうえ、当日受付に必ずご提出ください。
内容によっては、参加をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

１．ご自身の平熱と参加当日の体温

日　　付	平　熱	本日の体温	本日の体調
年　　月　　日	℃	℃ 時　　分計測	□ 良好 □ 不調

２．開催日前14日以内について、下記の質問にお答えください。

質　問	回　答	
新型コロナウィルス感染症陽性とされた方との濃厚接触はありましたか	□ はい	□ いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか	□ はい	□ いいえ
政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または該当在住者との濃厚接触はありましたか	□ はい	□ いいえ
以下のリストに該当する症状はありましたか	□ はい	□ いいえ
症状リスト（はいと回答した場合は、チェックを付けてください） □ 平熱を超える発　□ 咳　□ のどの痛み　□ 倦怠感（だる　□ 息苦しさ □ 臭覚や味覚の異常　□ その他　（　　）		

３．その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください。

※記入いただいた内容は新型コロナウィルス感染症の感染拡大を防止するため、該当事業において参加者の健康状態の把握、開催可否の判断および必要な連絡調整のために使用します。（書類は一定期間保管したあと、破棄します）。なお、感染者または、その疑いのある方が発見された場合には、必要な範囲で保健所・行政機関等に情報を提供することがありますことをご了承ください。

――――――――――――――主催者記入欄（当日受付時）――――――――――――――

当日受付時検温	行事参加　受付判断		
℃	許可	不許可	
		理由	
主催者確認者氏名			