

事業名(大会名)		施設名		利用年月日	R . .
団体名		氏名			

日付	起床後体温	症状(咳・喉の痛みなどの風邪症状, 倦怠感, 高熱, 嗅覚・味覚異常等)	備考
記入例 10 / 1 (木)	36.6 °C	あり ( ) <input checked="" type="radio"/> なし	
10 / 2 (金)	37.1 °C	<input checked="" type="radio"/> あり (咳・喉の痛み) ( ) なし	
14日前 / ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
/ ( )	. °C	あり ( ) なし	
当日 / ( )	. °C	あり ( ) なし	

利用前2週間において、以下の事項の有無を確認し「はい・いいえ」のどちらかを○で囲んでください。なお、一つでも「はい」があった場合は施設を利用できません。

**※①～⑤については症状が軽度であっても施設利用が認められません。**

① 37.5度を超える発熱又は平熱比1度以上ある。	はい ・ いいえ
② 咳, 喉の痛みなど風邪の症状がある。	はい ・ いいえ
③ だるさ(倦怠感), 息苦しさ(呼吸困難)がある。	はい ・ いいえ
④ 嗅覚や味覚の異常がある	はい ・ いいえ
⑤ 体が重く感じる, 疲れやすい症状がある。	はい ・ いいえ
⑥ 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があった。	はい ・ いいえ
⑦ 同居家族や身近な人に感染が疑われる方がいた。	はい ・ いいえ
⑧ 過去14日以内に政府から入国制限, 入国後の観察期間を必要とされている国, 地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触があった。	はい ・ いいえ

**このチェック表は、代表者が取りまとめをし、大会終了後最低でも1カ月間は保管してください。**

なお、教育委員会事務局から提出を求められた際は速やかに提出してください。

このチェック表は、新型コロナウイルス感染症拡大予防のため、施設利用者の健康状態を確認することを目的としています。個人情報保護法等の法令に認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に情報提供はいたしません。ただし、会場にて感染の疑いがある方が発生した場合は、必要な範囲で保健所等に情報提供をする場合があります。