

チェック表

日付：令和 年 月 日

氏名：

以下の項目についてご確認のうえ、ご記入をお願いいたします。

- | | |
|---------------------------------------------|------------|
| ・平熱をご記入願います。 | _____ °C |
| ・受付において測定した体温をご記入願います。 | _____ °C |
| ・本日、マスクはありますか？ | ある なし |
| ・本日、発熱、咳（せき）、のどの痛み、下痢（げり）などの
体調不良はありますか？ | ある なし |

ご利用前2週間における以下の項目について、該当する欄にチェックをお願いいたします。

- | | 有 | 無 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ・平熱を超える発熱 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・咳（せき）、のどの痛みなど風邪（かぜ）の症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・だるさ（倦怠（けんたい）感、息苦しさ（呼吸困難） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・嗅覚や味覚の異常、下痢（げり）の症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・体が重く感じる、疲れやすい等の症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・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の有無 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・同居家族や身近な知人に感染の疑いのある方がいますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を
必要されている国、地域等への渡航又は当該在住者と濃厚接触の有無 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 滞在した国名または地域名 _____ | | |

- | | |
|--------------------------|-------------|
| ・下記の注意事項を読み、ご同意をいただけますか？ | はい いいえ |
|--------------------------|-------------|

【注意事項】

- ・こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること。
- ・他の利用者、施設管理者等との距離（できるだけ2m以上）を確保すること。
（障がい者の誘導や介助をする場合を除く）
- ・利用中に大きな声で会話、応援等をしないこと。
- ・感染防止のために施設管理者が決めたその他の措置の順守、施設管理者の指示に従うこと。
- ・利用終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、施設管理者に対し
て、速やかに濃厚接触者の有無等を含めて報告すること。

以上、ご協力をいただきまして、誠にありがとうございました。

小山市教育委員会生涯スポーツ課