

体調チェック報告用シート

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、事前に以下の項目をすべてご記入の上、受付時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、予めご了承ください。

1. ご自身の平熱と参加当日の体温

平熱	本日の体温	本日の体調
℃	℃ 時 分計測	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調

2. 開催日前14日以内について、以下の質問にお答えください。

質問	回答
管轄の保健所から、新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触者または、その疑いが認められ、対象認定を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
同居家族や身近な知人が、上記項目と同様の対象認定を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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当該在住者との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下の「症状リスト」に該当するものはありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

症状リスト（上記ではいと回答した場合は、該当する症状に○を付けてください。）

① 平熱を超える発熱 ②咳 ③のどの痛み ④倦怠感（だるさ） ⑤息苦しさ ⑥ 嗅覚や味覚の異常 ⑦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。

※ご記入いただいた内容は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、当該イベント等において参加者の健康状態の把握、開催・参加可否の判断及び必要な連絡調整のために使用いたします（書類は一定期間保管した後、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予めご了承ください。

令和 年 月 日

氏名 _____

連絡先 _____ () _____

ご協力ありがとうございました。