

## 体調チェックシート

利用日	令和 年 月 日
チーム ※団体利用のみ	
ふりがな	
氏名（団体は代表者）	年 齢
住 所	
電話番号	

(1) 利用当日の体温(当てはまるものに○をしてください)

① 37.5℃以上	あ り	な し
-----------	-----	-----

※団体利用の場合、代表者は参加者全員の利用当日の体温を確認してください（記載は代表者の体温のみ）。

(2) 利用前2週間において当てはまるものにチェックしてください。

① 平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
② 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
③ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④ 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑦ 同居家族や身近な知人に感染を疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
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る	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※団体利用の場合、代表者は参加者全員に上記内容について確認のうえご記入ください。

ご記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止目的に利用し、厳重に取扱うものとします。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、国又は保健所から情報提供の求めがあった場合は、ご記入いただいた個人情報を提供することがあります。

## 体調チェックシート

利用日	令和 年 月 日
チーム ※団体利用のみ	
ふりがな	
氏名（団体は代表者）	年 齢
住 所	
電話番号	

(1) 利用当日の体温(当てはまるものに○をしてください)

① 37.5℃以上	あ り	な し
-----------	-----	-----

※団体利用の場合、代表者は参加者全員の利用当日の体温を確認してください（記載は代表者の体温のみ）。

(2) 利用前2週間において当てはまるものにチェックしてください。

① 平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
② 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
③ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④ 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑦ 同居家族や身近な知人に感染を疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
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る	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※団体利用の場合、代表者は参加者全員に上記内容について確認のうえご記入ください。

ご記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止目的に利用し、厳重に取扱うものとします。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、国又は保健所から情報提供の求めがあった場合は、ご記入いただいた個人情報を提供することがあります。