**社会体育施設利用者　受付時　チェックリスト【個人用】**

* 帯同者全員が記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 氏　名 |  | 年齢 | 歳 |
| 住　所 |  | 連絡先  （℡） |  |
| 利用日  当日の体温 | 度　　　分 | マスク持参 | □有・□無 |

＜利用前２週間における事項のチェックリスト＞

* 以下の該当する項目に**チェック☑**してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ・平熱を超える発熱（おおむね３７度５分以上） | □有・□無 |
| * 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状 | □有・□無 |
| * だるさ（倦怠（けんたい）感），息苦しさ（呼吸困難） | □有・□無 |
| * 嗅覚や味覚の異常 | □有・□無 |
| * 体が重く感じる，疲れやすい等 | □有・□無 |
| * 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 | □有・□無 |
| * 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 | □有・□無 |
| * 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 | □有・□無 |