

(施設名： _____)

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 (TEL)		
利用日 当日の体温	度			分	マスク 持参	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
・咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
・だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
・嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
・体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

※ この用紙を施設管理者に渡してください。

※ 新型コロナウイルス感染拡大防止のためこのチェックリストを実施しています。

※ 個人情報保護に関する法律等に遵守します。